Rok XL. Kraków, 12 Października 1901. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Nowy sposób podwiązania tętn. bezimiennej oraz opis przypadku podwiązania tętn. podobojczykowej [1]).

Podał
Prof. L. Rydygier
Radca Dworu.

Nadzwyczajnie ciekawy przypadek, spostrzegany w naszej klinice, a przed operacyą nie zupełnie pewny w rozpoznaniu, czy mamy do czynienia z tętniakiem tętnicy bezimiennej, czy też podobojczykowej prawej, dał pochop do wymyślenia i wykonania niżej opisanego sposobu operacyjnego.

Dawne sposoby klasyczne podwiązania tętn. bezimiennej Motta, Graefego i Langenbecka, w jakich zwykle ćwiczymy podczas kursów operacyjnych na trupach, nie dają dość swobodnego przystępu, o ile chodzi o wykonanie tej operacyi na żywym, zwłaszcza zaś w warunkach trudniejszych, jak n. p. w obec jej tętniaka. To też już Bergmann radził w takich razach uciekać się do wypiłowania



wewnętrznej części obojczyka, a Bardenheuer zalecał wypiłowanie rękojeści mostka, wraz z 3—4 ctm. długimi kawałkami obojczyka, oraz I-go i II-go żebra po obu stronach za pomocą cięcia krzyżowego, prowadzonego w następujący sposób: cięcie prostopadłe długie na 8—10 ctm. prowadzi się przez środek dołeczka nadmostkowego *(jugulum)* i rękojeści mostka, następnie dodaje się cięcie poprzeczne wzdłuż górnego brzegu rękojeści mostka, wewnętrznej połowy prawego i części stawowej lewego obojczyka. U Esmarcha nadto znajduję wzmiankę, że z cięcia Bardenheuerowskiego można także i osteoplastycznie tę operacyę wykonać.

Na podstawie badań na trupach użyłem w moim przypadku sposobu odmiennego, którybym po doświadczeniu na chorym i po dalszych badaniach na trupach, ostatecznie w następujący sposób radził wykonywać (patrz dołączony rysunek):

Cięcie skórne rozpoczynamy na wewnętrznym brzegu lewego m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego i prowadzimy je prostopadle na dół po nad stawem mostkowo-obojczykowym po tejże (lewej) stronie. Poniżej obojczyka skręcamy łukowato i prowadzimy cięcie dalej w poprzek rękojeści mostka, następnie wzdłuż dolnego brzegu prawego obojczyka, aż do granicy między wewnętrzną i średnią trzecią częścią. Tutaj skręcamy łukowato ku górze i idziemy ponad obojczykiem prawym w górę wzdłuż zewnętrznego brzegu m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego prawego, aż powyżej jego połowy. W cięciu tem przecina się skórę, m. podskórny szyi, otwiera się ostrożnie staw obojczykowo-mostkowy lewy, oddziela się chrząstkę pierwszego żebra lewego od mostka. Następnie robimy na tylnej powierzchni rękojeści mostka, na wysokości pierwszego przestworu międzyżebrowego, kanał za pomocą podważki wygiętej, trzymając się ściśle tylnej ściany mostka, żeby nie obrazić opłucnej. Przez kanał ten przeprowadzamy piłkę Gigliego i przepiłowujemy rączkę mostka, chroniąc części miękie podsuniętą szeroką podważką. Po stronie prawej przedziela się w podobny sposób ostrożnie obojczyk i pierwsze żebro w przebiegu cięcia skórnego. Tak utworzony płat skórno-mięśniowo-kostny, zawierający przyczepy mięśni mostkowo-obojczykowo-sutkowych, mostkowo-gnykowych, mostkowo-krtaniowych, unosimy ostrożnie, oddzielając od podstawy ku górze i odsłaniamy w ten sposób nie tylko tętn. bezimienną, ale częściowo i łuk aorty. Po podwiązaniu wzgl. wycięciu tętniaka opuszczamy cały płat ku dołowi, ustalając go odpowiednią ilością szwów. Ażeby kość pewniej przylegała, należy ją przepiłować skośnie w jej grubości: od tyłu i góry ku przodowi na dół. W dolne kąty rany można na krótki czas założyć sączki lub strzępki gazy.

Przypadek, który poniżej opiszemy, a który w podobny sposób operowaliśmy bez pozostawienia jednak kości, przekonał nas, że w ten sposób można zupełnie dokładnie i bez obrażenia ważniejszych części odsłonić sobie tętnicę bezimienną w całym jej przebiegu.

W. D., 37 lat licząca, zamężna, pochodzi z rodziny dziedzicznie nie obciążonej; ojciec umarł w 70 r., a matka w 60 r. życia. Kilkoro z rodzeństwa umarło na niezakaźne choroby, 8-ro żyje i są zdrowi. W 6 roku przebyła chora jakąś chorobę, właściwą wiekowi dziecięcemu, w 17 dostała regularności, która od tego czasu pojawiała się prawidłowo aż do ostatnich czasów, od października zaś 1900 r. opóźnia się o 1—2 tygodni. W 21 r. wyszła za mąż, rodziła tylko raz, poród był prawidłowy, dziecko liczące lat 9 żyje, jest jednak wątłego zdrowia; nigdy nie roniła. Podczas ciąży chora cierpiała przez 4 tygodnie na zawrót głowy i na jakąś chorobę płucną, połączoną z wysoką gorączką. Później była zupełnie zdrową aż do r. 1896. W tym to roku w jesieni zauważyła obrzęk prawego ramienia i prawej połowy szyi, jako też bóle w prawej połowie klatki piersiowej. Dwa tygodnie przeleżała chora

[1]) Wedle wykładu na XI Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

w łóżku, a gdy po zastosowaniu pijawek stan nieco się polepszył (obrzęk i bóle cokolwiek się zmniejszyły), chora przez następne dwa lata oddawała się zwykłemu swojemu zajęciu. W jesieni 1898 r. stan jej się pogorszył: straciła mianowicie częściowo władzę w prawej kończynie górnej. Lekarze, uważając cierpienie to za gośćcowe, radzili jej okłady wysychające, od czasu do czasu pijawki, a nareszcie elektryzowanie. Później zaczęła często występować chrypka i silny ból głowy. Od jesieni 1900 r chrypka już wcale nie ustępuje, nadto cierpi od tego czasu na utrudniony oddech. W tymże czasie zauważyła chora w miejscu naprężenia na szyi wyraźny guz, który podczas kaszlu się zwiększa.

Napojów wyskokowych chora nie nadużywała, ani też kiły podobno nie przebywała. Obecnie dokucza jej ciężki oddech, chrypka i kaszel, który się wzmaga w położeniu na prawym boku, niemniej zupełny brak łaknienia i zaparcie stolca; dla tych dolegliwości zgłosiła się dnia 8. marca b. r. do kliniki.

Stan obecny:

Chora wzrostu średniego, budowy kośćca wątłej, bardzo źle odżywiona. Nos siodełkowaty, błona śluzowa warg i spojówek blada, podściółka tłuszczowa prawie zupełnie zanikła. Na szyi po stronie prawej widzimy guz wypuklający się wielkości jaja kurzego, tuż ponad obojczykiem i mostkiem, a pod m. mostkowo-obojczykowo-sutkowym. Skóra nad guzem niezmieniona, widać tylko blizny po pijawkach, z guzem nie jest zrośnięta. Guz zbitości elastycznej, mocno napięty, daje się na podstawie nie wyraźnie przesuwać, sięga na zewnątrz dwa palce poza tylny brzeg m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego pr., na wewnątrz do sięga stawu mostkowo-obojczykowego lewego, ku górze dochodzi do wysokości dolnego brzegu chrząstki tarczykowej; granic ku dołowi dokładnie oznaczyć nie można: kryje się pod obojczykiem i mostkiem. Przy połykaniu guz się nie unosi ku górze. Już wzrokiem zauważyć można wyraźne tętnienie guza, dokładniej jeszcze daje się ten objaw wykazać, jeżeli weźmiemy guz pomiędzy palce: czujemy wtenczas, a nawet widzimy, jak palce się rozsuwają przy każdem uderzeniu serca. Przysłuchem stwierdzamy nad guzem szmer skurczowy. Na przedniej, nie wyraźnie unoszącej się powierzchni guza, widzimy, a jeszcze dokładniej wymacać możemy, skośnie ku górze i na zewnątrz przebiegające i tętniące nie zbyt grube naczynie, które w dalszym ciągu chowa się pod wewnętrzny brzeg m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Tętno w tętnicy skroniowej po stronie prawej znacznie słabsze, ale wyczuwalne.

Cała lewa strona szyi bardziej jest wypuklona wskutek przesunięcia przez guz tchawicy, krtani i gruczołu tarczykowego w tę stronę.

Kończyna górna prawa w całości grubsza, aniżeli lewa, skóra jej ma odcień sinawy, widać wyraźnie siatkę rozszerzonych żył. Tętna sprychowego po tej stronie wymacać nie można; nie wyczuwa się także tętna w tetnicy łokciowej ani pachowej.

Tętnienie w tętn. dogłowowej lewej bardzo wyraźne, zwłaszcza poniżej lewego kąta żuchwy. Tętnienia w analogicznem miejscu po stronie prawej niema wcale

Siła pr. kończyny górnej stanowczo słabsza, niż lewej; czucie dotyku dobre.

Wypuk nad płucami jawny, z wyjątkiem lekkiego przytłumienia nad obojczykiem prawym. Szmery oddechowe wszędzie prawidłowe, ostrzejsze po stronie lewej.

Serce nie przerosłe, tony serca głuche, rozlane, czynność serca przyspieszona.

Narządy brzuszne bez zmian patologicznych.

W dołkach pachwinowych gruczoły macalne, niebolesne, wielkości średniej fasoli.

Badanie laryngologiczne. Struna głosowa prawa jest zupełnie nieruchoma, tak przy fonacyi, jakoteż przy głębokim wdechu. Podczas fonacyi stwierdzić można jedynie nieznaczne przesuwanie się chrząstki nalewkowej ku linii środkowej t. j. porażenie mięśni: gnykonalewkowych, pierścienio-nalewkowych bocznych i tylnych.

Rozpoznanie: tętniak tętnicy bezimiennej.

Operacyę wykonałem dnia 19 marca w uśpieniu chloroformowem.

Cięcie skórne poprowadziłem tak jak to wyżej opisałem. Nie wypiłowałem jednak od razu kości w tem cięciu, ale naprzód pooddzielałem przyczepy mięśni, a następnie dopiero wyciąłem kości, wyjmując je zupełnie w tych rozmiarach, jakie zakreślało cięcie skórne. Teraz dopiero całe pole operacyjne było zupełnie odsłonięte i łatwo przystępne. Mimo odsłonięcia guza w całej jego górnej części, rozpoznanie, zkąd prawdziwie wychodzi, jeszcze było bardzo trudne. Dolna część guza zapuszczała się głęboko do klatki piersiowej poza szczyt płuca prawego. Na górnej części guza widzieliśmy tasiemkowato napięte tętnice: bezimienną, podobojczykową i dogłowową, a tylne ich ściany były zrośnięte ze ścianą guza tak, że się tylko w swych obwodowych częściach od guza odłączyć dały. Po dłuższem preparowaniu przyszedłem do przekonania, że guz wychodzi z tylnej ściany tętn. podobojczykowej, postanowiłem więc podwiązać tętnicę tę do- i odśrodkowo. Na koniec obwodowy podwiązka dała się założyć bardzo łatwo; nie tak na koniec dośrodkowy. Tutaj bowiem tętnica podobojczykowa była nietylko aż do swego odejścia z tętnicy bezimiennej zrośnięta z przednią ścianą guza, ale jak to już wspomniałem, tak samo i najbliższa część tętn. bezimiennej i dogłowowej. Nie mogłem więc zwykłym sposobem za pomocą igły Dechampsa oprowadzić podwiązki naokoło końca dośrodkowego t. podobojczykowej. Nabywszy zaś przekonania, że tylko z niej, a mianowicie otworem w tylnej jej ścianie, tętniak wychodzi, nie chciałem podwiązywać t. bezimiennej wobec daleko większego niebezpieczeństwa tego zabiegu, chociaż wykonanie nie byłoby przedstawiało żadnej trudności, gdyż z łatwością byłoby można podprowadzić podwiązkę pod koniec tętn bezimiennej tam, gdzie ona wychodzi z łuku aorty, bo tak nizko zrosty nie sięgały Po krótkim namyśle postanowiłem, wobec tak trudnych warunków, sprobować, czy mi się nie uda ostrą igłą akurat tak poprowadzić podwiązkę, żeby nie przebić ani ściany worka tętniakowego, ani ściany tętnicy szczelnie ze sobą zrośniętych. Niezwykle trudny ten zabieg udał się zupełnie ku wielkiemu mojemu zadowoleniu. Tętnienie w tętniaku ustało. Teraz miałem zamiar cały tętniak wyłuszczyć. W tym celu naciąłem go szeroko. Nastąpił dość silny krwotok po części z krwi nagromadzonej w niemałym worku tętniakowym, po części zaś z krwi dopływającej bocznemi gałązkami. Kiedy nadto przekonałem się palcem wprowadzonym do tętniaka, że guz głęboko schodzi na dół po za szczyt płuca, odstąpiłem od mego zamiaru wyłuszczenia całkowitego, tem bardziej, że chora i tak już przed operacyą nadzwyczaj osłabiona, coraz to bardziej zapadała. Wytamponowałem więc szybko ranę, przyczepy mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, mostkowo-gnykowego i mostkowo tarczykowego kilku szwami przyszyłem do powięzi i pokryłem ranę uciskającym opatrunkiem; krwotok ustał.

Chora po operacyi bardzo zapadła; operacya trwała od 12 do $2^1/_4$ g.

Mimo kamfory i hipodermoklizy cztery razy zastosowanej, nastąpiła śmierć w dwie godziny po operacyi w zapadzie.

Sekcya, którą wykonał Dr. Kučera, asystent zakładu anatomii patologicznej, dała następujący wynik (podajemy protokół sekcyjny w streszczeniu):

Odżywienie średnie, budowa kośćca słaba. Skóra i błony śluzowe bardzo blade. Po stronie przedniej szyi cięcie kształtu niezupełnie podkowiastego (następuje opis przebiegu cięcia). Po usunięciu szwów i uchyleniu górnego płatu skórnego, widać szeroką ranę, a na jej dnie m. mostkowo-obojczykowo-sutkowy, zeszyty w dolnej $^1/_3$ części, obok niego n. błędny i tętnicę dogłowową wspólną; $^2/_3$ obojczyka prawego zresekowane, jak niemniej i I żebro prawe. Pod tętnicą dogłowową wsp. i pod nerwem błędnym leży guz wielkości pięści. Po bliższem rozpatrzeniu się widzi się, że światło i ściany tętnicy bezimiennej i tętnicy dogłowowej wsp. są niezmienione, po rozcięciu zaś tętnicy podobojczykowej prawej i po usunięciu podwiązki, zaciskającej jej światło u samego początku, widać tuż pod ujściem tętnicy tarczykowej dolnej na ściance tylnej otwór wielkości halerza o brzegach ostrych, bladych i gładkich. W otoczeniu otworu tego na kilku miejscach błony wewnętrznej, widać zgrubiałości na kształt płaskich niewyraźnie odgraniczonych wzgórków, barwy bladożółtej lub szarawej. Otwór ten prowadzi do guza torbielowatego, wyżej opisanego, którego osłonka wewnętrzna stanowi dalszy ciąg tejże osłonki w tętnicy podobojczykowej.

Cały torbiel wypełniony skrzepami krwi, po części świeżymi, luźno leżącymi, po części warstwowanymi i ściśle do ścian przylegającymi. Po usunięciu skrzepów występują

ściany jamy po części gładkie, po części zaś wzgórkowate i blaszkowato zgrubiałe, barwy żółtej. Torbiel opuszcza się na dół, dosięga płuca prawego, z którego opłucną jest ściśle zrośnięty. Część szyjna kręgosłupa, okazuje odpowiednio do wyżej opisanego ułożenia guza po stronie prawej trzonów kręgowych 6, 5 i 4-go wybujałości kostne wielkości bobu, o powierzchni gładkiej. Nadżarcia kości nigdzie nie widać.

Rozpoznanie anatomiczno-patologiczne: *Aneurysma saccatum. art. subclav. d. Compressio venae cavae superioris, nervi vagi et venae anonymae. Oedema pulmonum, Pleuritis chromica ambilateralis. Tumor lienis follicularis. Degeneratio parenchymatosa et pyelitis catarrhalis renum.*

II. Z instytutu anatomii patologicznej Prof. Dra Obrzuta we Lwowie.

Kilka słów o anatomii patologicznej wąglika.

Podał
Dr. J. Krzyszkowski
asystent Instytutu

O ile ciekawe i pouczające są pomyłki rozpoznawcze, popełniane przy łóżku chorego, których uzasadnienie stwierdzamy przy sekcyi, o tyle rzadką, ciekawą i pouczającą jest pomyłka, którą popełni prosektor przy stole sekcyjnym, oczywiście, o ile pomyłka ta znajdzie uzasadnienie w obrazie sekcyjnym. Z tych to powodów nie waham się opisać przypadek, z którym niedawno miałem do czynienia, zwłaszcza, że przedstawia on pewną wartość tak ze stanowiska anatomo-patologicznego, jakoteż i ze stanowiska hygieny publicznej.

Dnia 8-go marca 1901 r. dostawiono do Instytutu anatomo-patologicznego zwłoki kobiety A. H., liczącej lat 16, z rozpoznaniem „*in agonia*".

Sekcyę wykonałem w 15 godzin po śmierci, a protokół sekcyjny z dnia 9 marca opiewa w skróceniu, jak następuje:

„Zwłoki kobiety wzrostu średniego, odpowiadającego wiekowi. Budowa kośćca i odżywienie dobre. Skóra na twarzy sinawo zabarwiona, lekko obrzękła. Skóra na tułowiu i kończynach równomiernie usiana licznemi drobniutkiemi wybroczynkami, zresztą barwy i wejrzenia prawidłowego. Błony śluzowe warg sinawe. Źrenice równomiernie rozszerzone. Części miękie czaszki, czerep i opona twarda zmian, nie okazują. Opona miękka obu półkól mózgowych jednostajnie ciemno-czerwoną krwią przesiąkła. Wskutek znacznej zawartości krwi opona wogóle zgrubiała, a zgrubienie to w wielu miejscach dochodzi do 6—8 milimtr. Krew nie daje się przez polanie wodą spłókać, a powierzchnia opon wszędzie gładka, połyskująca. Zatoki żylne opony twardej i naczynia żylne do nich wpadające opony miękiej, wypełnione obficie krwią ciemno-wiśniową, na pół skrzepłą. Mózg, oprócz kilkunastu drobniutkich wybroczyn w warstwach powierzchownych kory, wybroczyn, w których środku dopatrzeć się można białawego punkcika, zresztą zmian makroskopowych nie okazuje.

Na szyi żyły odgłowowe, a zwłaszcza żyła jarzmowa po stronie prawej, znacznie rozdęte, krwią ciemno-czerwoną przepełnione. Wzdłuż naczyń na szyi leżą znacznie powiększone gruczoły, a przy otworze żylnym czaszki (*foramen jugulare*) tworzą one wielkie pakiety, obmurowując niejako wychodzącą zeń żyłę jarzmową. Gruczoły te na przekroju jużto nieco twardsze, zbitsze, okazują nieliczne drobniutkie, okrągłe, do gruzełków podobne, nieserowate ogniska, już to są miękie, soczyste, szaroróżowe, z wybroczynami lub w całości krwawo przesiąkłe.

Ułożenie trzew jamy brzusznej prawidłowe; otrzewna gładka, lśniąca. Przepona po obu stronach obniżona. W obu jamach opłucnowych spora ilość cieczy jasnej, przeźroczystej. W worku osierdziowym ilość cieczy i jej wejrzenie są prawidłowe.

Opłucna gładka, lśniąca, bez śladu wybroczyn. Miąższ płuca powietrzny, dolne płaty mniej; na przekroju widać parę zwapniałych ognisk gruźliczych i miernego stopnia obrzęk schyłkowy tkanki płucnej. Tkanka śródpiersia przedniego lekko obrzękła, okazuje kilka większych wybroczyn i krwawych podbiegnięć. W górnej części śródpiersia przedniego, poza stawem mostkowo-obojczykowym strony prawej i za chrząstkami trzech górnych żeber widać podłużny guz. Guz ten jest co najmniej wielkości jaja gęsiego i leży ponad górną żyłą główną i bezimienną prawą. Obok i poniżej kilka znacznie powiększonych gruczołów chłonnych. W analogicznem miejscu po stronie lewej znajduje się szereg za sobą różańcowato ułożonych gruczołów chłonnych, wielkości orzechów tureckich i nieco większych. Pomiędzy tymi to dwoma guzami wśród tkanki śródpiersia widać utrzymane jeszcze resztki zanikającej grasicy; związku jednak bezpośredniego między grasicą, guzem i powiększonymi gruczołami wykazać nie można. W śródpiersiu tylnem obraz podobny, a mianowicie: po obu stronach znacznie powiększone gruczoły, po stronie prawej tworzą one trzy duże guzy, z których największy, wielkości jaja kurzego, ułożone zaś są szeregiem około głównej żyły dolnej.

Guz największy (śródpiersia przodkowego) ukazuje na przekroju torebkę zgrubiałą w kształcie przegród, wnikającą w głąb i zrośniętą z otoczeniem. Miąższ jego znacznie rozrosły, krwawo zabarwiony. Guz ten wśrodku rozmiękły, a jama ztąd powstała wypełniona jest skrzepami krwi. Wszystkie inne wyżej opisane gruczoły obu śródpiersi są miękie, rdzeniaste, szarobiałe, szaroróżowe, lub ciemno-czerwono zabarwione (krwotoczne); w środku niektórych z nich ogniska martwicze. Przełyk, migdałki, połyk, krtań i tchawica bez zmian. Światło oskrzeli, zwłaszcza cieńszych, wypełnione obfitą treścią śluzową.

Mięsień sercowy wejrzenia prawidłowego.

Śledziona miernie powiększona, na przekroju barwy wiszniowej, zrąb zaznaczony, miąższ nieco kruchszy, miazga obiera się na nożu.

Wątroba, trzuska, nerki, pęcherz mocz. zmian makroskopowych nie okazują. Macica mała, dziecięca.

Błona śluzowa żołądka lekko szaro-łupkowa, w dnie i w okolicy odźwiernika groszkowata (*état mammelloné*); oprócz tego na całej powierzchni okazuje liczne, jużto drobne okrągłe nadżerki wybroczynowe, już to linijne, łączące się z sobą ubytki powierzchowne. Błona śluzowa dwunastnicy tuż za odźwiernikiem okazuje trzy ogniska wielkości prosa, szarobiaławe, nie sięgające w głąb, ostro odgraniczone i lekko wypuklające się nad powierzchnię. Otoczenie ich bez zmian. W jelicie czczem i biodrowem polipowato wybujałe mieszki chłonne. W jelicie biodrowem na 25 cm. ponad zastawką w pofałdowanej błonie śluzowej znajduje się rozległa, wielkości halerza wybroczyna, szczyt jej kredowobiały, martwiczy, w otoczeniu brak obrzęku zapalnego, zaś 5 cm. ponad zastawką owrzodzenie wielkości jednego centa. Dno owrzodzenia lekko nierówne, gdzieniegdzie przegląda zeń warstwa mięsna; brzegi zapadłe, strzępiaste, najbliższe otoczenie krwotoczne obrzęku zapalnego nie okazuje, otrzewna ponad owrzodzeniem gładka, lśniąca; przez nią z głębi przegląda krwawo-sinawe zabarwienie ściany. Jelito grube bez zmian, błona śluzowa odbytu szaro-łupkowa, obrzękła.

Gruczoły krezkowe nieco powiększone, twarde; w jednym z nich, soczystym, mała wybroczyna; krezka wejrzenia prawidłowego. Gruczoły przybramne i zaotrzewnowe, bez zmian; w tkance okołopęcherzowej dwa wielkości grochu krwotocznie powiększone gruczoły.

Szpik kości długich wejrzenia prawidłowego.

Krew, wzięta z żyły udowej, okazuje mierną leukocytozę.

Rozpoznanie: *Sarcoma glandularum lymphaticarum mediastini anterioris lateris dextri; metastases glandularum mediastini anterioris et posterioris lateris utriusque, metastases glandularum colli, praecipue in regione foraminis jugularis utriusque. Haemorrhagia meningealis cerebri diffusa, venostatica e compressione venarum jugularium; hemorrhagiae disseminatae substantiae corticalis convexitatis cerebri. Hydrothorax ambilateralis; atelectasis e compressione loborum inferiorum et oedema agonale pulmonum. Gastritis chronica et errosiones haemorrhagicae mucosae ventriculi. Necrosis mucosae duodeni. Haemorrhagia necroticans, et ulcus ilei. Proctitis catharalis chronica. Hyperplasia folliculorum lymphaticorum intestini tenuis. Tumor lienis acutus, haemorrhagiae cutis (Sepsis suspecta).*

Z powyższego wywodu widać, że miałem z niezwyklym i zawiłym przypadkiem do czynienia. Nadmierne powiększenie gruczołów śródpiersia, skoro w narządach klatki piersiowej zmian zapalnych ostrych nie zauważyłem, upoważniło mnię do rozpoznania mięsaka. A zarazem te gruczoły znacznie powiększone i uciskające naczynia żylne tłómaczyły mi z jednej strony nagromadzenie płynu w jamach opłucnowych, z drugiej strony rozległe krwawe przesiąknięcie opony miękiej mózgu. Nie ulegało też wątpliwości, że mam tu do czynienia z jakiemś ostrem zakażeniem (wybroczyny na skórze, obrzęk śledziony); zakażenie to uważałem jednak za sprawę drugorzędną, końcową, wikłającą tylko poprzedni obraz chorobowy. Niejasnem mi było owrzodzenie w jelicie cienkiem, a skłonny byłem je uważać na razie za gruźlicze lub powstałe na tle większej wybroczyny. Dnia 9 marca zaszczepiłem ze śledziony na agar skośny glicerynowy i do bulionu glicerynowego (nie oglądając poprzednio miazgi śledzionowej). Jakież było moje zdziwienie, gdy na drugi dzień przekonałem się, że wyhodowane liczne i obfite kolonie składały się z prątków grubych, o brzegach ostro ściętych, tworzących długie łańcuszki, przypominających prątki wąglika. Dla upewnienia się ostatecznego, założyłem hodowle na odpowiednie pożywki, a bulion będący czystą hodowlą, wstrzyknąłem do żyły królikowi.

Tymczasem zwłoki A. H. zostały w zwykły sposób pogrzebane bez przeprowadzenia należnych ostrożności.

Skoro dnia 11 marca po zbadaniu hodowli nie ulegało już wątpliwości, z czem miałem do czynienia, zmieniłem poprzednie rozpoznanie na wąglik, o czem też niezwłocznie zawiadomiłem dyrekcyę szpitala powszechnego dla dalszego powiadomienia władz odpowiednich.

Dnia 12 marca padł królik, a badanie jego krwi potwierdziło rozpoznanie z dnia poprzedniego.

Każdy obeznany z jednej strony ze swoistemi własnościami wąglika, a z drugiej strony świadomy postępowania przy sekcyach tak zwanych zwykłych, wiedzący, z jakimi rękami prosektor czasem, a służba zwykle, przychodzi do zwłok, zrozumie dobrze moją obawę. Trudno mi opisać wrażenie, jakiego doznałem, stwierdziwszy niezbicie zakażenie wąglikowe zwłok A. H. Sekcyę przeprowadzałem bez wszelkich w tych razach wymaganych ostrożności, przy asystencyi służby, która dalej w zwykły sposób zajęła się zwłokami. Przeprowadziwszy więc jeszcze raz możliwie dokładne odkażenie stołu sekcyjnego, sali sekcyjnej i trupiarni, w niemiłem oczekiwaniu wybuchu wąglika u mnie, służby lub kogoś z obecnych podczas sekcyi, zająłem się dokładnem zbadaniem będącego w mowie przypadku.

Wynik badania podaję jak następuje:

Źródło zakażenia: do wykazania tego przytoczę ustępy sprawozdania przesłanego do c. k. Namiestnictwa z prezydyum miasta Lwowa, które to akta przeglądnąłem i zużytkowuję, za łaskawem zezwoleniem protomedyka Radcy Dworu Dra Merunowicza.

»Dnia 12 marca Dyrekcya szpitala zawiadomiła Magistrat o zaszłym przypadku wąglika u A. H., zamieszkałej we Lwowie. Dnia 15 marca pocztą nadeszło pismo z c. k. starostwa w Hohenstadt z doniesieniem o śmiertelnym przypadku wąglika u robotnika, zajętego w fabryce wyrobów szczotkarskich Trebitsch Karlsdorf (Czechy) i o innych przypadkach zachorowania na te same zakażenie, przyczem wymieniono firmę Mojżesza Klarfelda we Lwowie, zkąd włosień była sprowadzona. W biórze IX tym magistratu dostrzeżono niewątpliwą łączność obu przypadków, co też i stwierdzono niezwłocznie, gdyż zmarła A. H. była zajętą w zakładzie czyszczenia włosienia i sierści u wyżej wymienionego Mojżesza Klarfelda«.

I rzeczywiście zestawiwszy takie fakta, że A. H. bezpośrednio przed zachorowaniem zajętą była czyszczeniem włosia i szerści i że, jak świadczy *experimentum crucis* na człowieku z Karlsdorfu, włosień, pochodząca z tejże pracowni, okazała się zakażoną wąglikiem, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że źródła zakażenia należy w tym przypadku szukać w zawodzie zmarlej, a względnie w zakażonem włosiu, które jak się z późniejszego okazało dochodzenia, sprowadzone zostało z Rosyi.

Wynik badania histologicznego przytoczę w krótkości o tyle, o ile on w swych obrazach będzie zajmującym, typowym lub o ile obrazy te przyczynią się do wyjaśnienia bramy wtargnięcia i dalszego szerzenia się zakażenia. Badałem skrawki z narządów makroskopowo zmienionych, ustalane jużto w sublimacie, jużto w formalinie. Barwiłem hematokseliną, metodą Gramma, a głównie metodą Weigerta. Z wątroby, nerek, skóry nie zachowałem kawałków do badania.

Krew. Preparaty szkiełkowe: miernego stopnia leukocytoza i nieliczne, po kilka na jednym szkiełku, krótkie łańcuszki prątków wąglika. Prątki barwią się jednostajnie i intenzywnie; na sześciu szkiełkach nigdzie nie stwierdziłem fagocytozy.

Opona mózgowa: Rozległe wylanie krwi pomiędzy pojedynczemi obrzękłemi włókienkami opony; naczynia, a zwłaszcza drobne, znacznie porozszerzane; około grubszych żył obfite nagromadzenie leukocytów wielojądrzastych; najpowierzchowniejsze warstwy kory mózgowej zniszczone wybroczyną oponową; Weigertem stwierdziłem brak włóknika i niezwykłą obfitość prątków wąglika, poukładanych jużto pojedynczo, jużto w krótkich łańcuszkach. W miejscach wybroczyn w korze, znajdują się tu i owdzie pojedyncze prątki, a w istocie białej w paru miejscach znalazłem po kilka prątków, leżących w przestworze limfatycznym okołonaczyniowym. Wszystkie barwiły się dobrze.

Migdałki: Powierzchnia błony śluzowej bez zmian; w szczerbach (lakunach) obfitość różnych drobnoustrojów, w miąższu naczynia nieco rozszerzone, tu prątków wąglika nie znalazłem.

Oskrzela. Począwszy od rozdziału tchawicy aż do najdrobniejszych okazują oskrzela zupełne złuszczenie komórek nabłonkowych tak, że obrzękła błona podstawowa grubszych oskrzeli jest z nich obnażona; w świetle zaś cieńszych leżą one pomięszane z ciałkami wypocinowemi i ślu-

zem, wypełniając szczelnie światło. Warstwa łącznotkankowa błony śluzowej okazuje obrzęk i znaczne rozszerzenie naczyń, a w chłonnych jej przestworach spotykałem często gromady dobrze się barwiących prątków Prątki spotykałem też i gdzieniegdzie w świetle oskrzeli, wśród złuszczonych nabłonków, jakoteż w treści śluzowej zeskrobanej z preparatu formalinowego z tchawicy.

Płuco. W przeciwstawieniu do obrazu makroskopowego (nieznaczny obrzęk) okazuje płuco wybitne zmiany, a mianowicie przegrody pomiędzy pęcherzykami są znacznie zgrubiałe; zgrubienie to pochodzi od nagromadzenia się w nich leukocytów i znacznego obrzęku tkanki podstawowej. Światła pęcherzyków przeważnie puste, nie okazują złuszczenia nabłonków. Tkanka około oskrzeli, śródzrazikowa, tak jak i opłucnowa obrzękłe, a drobne naczynia wśród niej znacznie porozszerzane; tu i owdzie widać większe partye miąższu płucnego gorzej, lub całkiem się nie barwiące. Prątki wąglika znajdują się obficie wśród tkanki śródmiąższowej, a zwłaszcza w miejscach gorzej się barwiących. Ten sam obraz rozmieszczenia prątków znajdujemy i w opłucnej.

Gruczoły chłonne tak śródpiersia, jakoteż i krwotocznie zmienione miejsc innych, okazują jeden i ten sam obraz, a mianowicie: torebka i istota podstawowa obrzękłe, pierwiastki chłonne ilościowo znacznie powiększone, wskutek tego budowa gruczołów zatarta; naczynia wogóle *ad maximum* porozszerzane, szczelnie ciałkami krwi wypełnione; w miąższu rozległe wybroczyny, większe i mniejsze ogniska martwicze; tu i owdzie brunatny barwik bezpostaciowy z rozpadu ciałek krwi; oprócz tego znajdują się liczne komórki wielkie o kilku lub kilkunastu krągłych ciemno się, barwiących jądrach.

Prątki wąglika znajdują się wszędzie bardzo obficie nagromadzone; leżą pojedyńczo lub po kilka w krótkich łańcuszkach; największe nagromadzenia znajdują się podtorebkowo, odpowiednio do przestworów chłonnych; tu barwią się intenzywnie; z prątków ułożonych w głębi miąższu większość barwi się bardzo źle tak, że widać z nich tylko odłamki lub cienie. W wielu ciałkach białych widać po jednym lub kilka pochłoniętych prątków (fagocytoza). Gruczoły ze szyi, w których makroskopowo widać było szarawe ogniska podobne do gruzełków, pod mikroskopem okazują obraz rozrostu przewlekłego i typowe w środku serowaciejące gruzełki.

Śledziona. Wśród zwykłego obrazu ostrego obrzęku widać dość liczne gromady dobrze się barwiących prątków.

Żołądek. W błonie podśluzowej naczynia krwionośne porozszerzane, szczelnie wypełnione ciałkami krwi, obrzęku nie widać. Błona śluzowa żołądka okazuje ubytki jużto małe, powierzchowne, kształtu trójkątnego o brzegach nekrotycznych (karyolysis), już też małe, powierzchowne martwiny (nekrozy); wśród nich leżą pojedynczo bardzo nieliczne, dobrze się barwiące prątki wąglika.

Dwunastnica. Wyżej wspomniane, wielkości prosa, makroskopowo widoczne trzy białe ogniska, okazały się po zabarwieniu Weigertem, jako zbity nalot prątków wąglika ułożonych w częściach powierzchownych błony śluzowej; najbliższe otoczenie zmartwiałe (nekrotyczne), w głębi i w otoczeniu zmian niema

Jelito biodrowe. Wybroczyna i martwica na szczycie. Cała ściana jelita znacznie krwotocznie obrzękła; naczynia porozszerzane, błona śluzowa poukładana w fałdy. Jeden z fałdów zmartwiały; na jego powierzchni i w głębi, oprócz innych drobnoustrojów (koków małych i dużych, i prątków mniejszych od wąglikowych) widać liczne prątki wąglika. Prątki te znajdują się też licznie w reszcie ściany, leżą głównie poza naczyniami i barwią się intenzywnie.

Owrzodzenie: otoczenie owrzodzenia jak wyżej obrzękłe, krwotoczne brzegi i dno zmartwiałe; w tych zmartwiałych masach i ich otoczeniu liczne prątki wąglika W dnie wrzodu, wśród warstwy mięsnej, widać parę małych, ściśle odgraniczonych, w środku serowaciejących ognisk, złożonych z komórek nabłonkowatych i komórek olbrzymich, oraz jedno większe zserowacenie otoczone komórkami nabłonkowatymi; we wszystkich tych ogniskach uderza zupełny brak prątków wąglika, jakkolwiek w otoczeniu znajdują się one obficie. Nie mogły więc te ogniska być wywołane działaniem wąglika. Wejrzenie mikroskopowe ognisk przemawia za pochodzeniem gruźliczem. I jakkolwiek na sześciu preparatach barwionych na prątki gruźlicze, prątków tych nie znalazłem, to jednak na podstawie obecności gruźlicy w innych narządach (gruczoły i płuco), a głównie na podstawie obrazu histologicznego, ogniska te uważam za gruzełki a masy serowate za pochodzące z gruźlicy. W braku prątków wąglika w wymienionych masach serowatych i w gruzełkach, odpowiednio do ich budowy anatomicznej (braku naczyń) widzę też jeszcze jeden dowód więcej dla pochodzenia ich gruźliczego.

Skrawki z innych miejsc jelita cienkiego, okazują obrazy lekkiego nieżytu i znaczne bujanie pierwiastków chłonnych.

(Dokończ. nastąpi.)

III. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dr. L. Rydygiera we Lwowie.**

Przyczynek do techniki wycinania wyrostka robaczkowego.

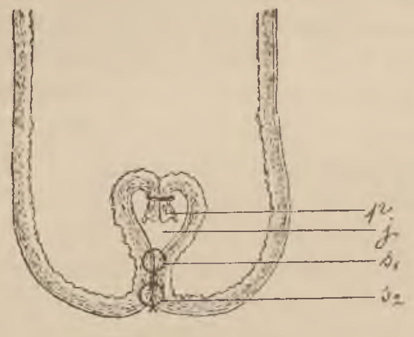
Podał

Dr. M. W. Herman
Asystent kliniki.

Wycinając wyrostek robaczkowy, postępujemy podobnie jak i inni. Uwolniwszy go ze zrostów i podwiązawszy krezkę, przecinamy okrężnie u podstawy warstwę surowiczą, a częściowo i mięśniową; w tem miejscu zakładamy podwiązkę katgutową, amputujemy wyrostek poniżej podwiązki, a kikut zagłębiamy w jelito ślepe i ponad nim zakładamy dwurzędowy szew katgutowy. Przed założeniem szwów wpochwiających wycinamy z kikuta wywiniętą na zewnątrz błonę śluzową, oczywiście nie całkowicie i nie doszczętnie, bo to ze względów mechanicznych niemożliwe. Po skończonej operacyi otrzymujemy stosunki takie, jakie usiłowałem przedstawić szematycznie na rycinie I-szej.

Widzimy tam, że kikut *(p)* kielichowato rozwarty, z błoną śluzową, utrzymaną na dnie kielicha, wystercza do jamki *(j)*, wysłanej zewsząd błoną surowiczą, a od strony jamy otrzewnowej zamkniętą podwójnym szwem Lemberta (s_1 i s_2). W owych resztach błony śluzowej gnieździć się mogą, a niewątpliwie możnaby je tam zawsze wykazać, drobnoustroje, współczynnik o niewiadomem znaczeniu. Dziesiątki, ba, nawet setki razy bakterye tam zamknięte nie odegrają

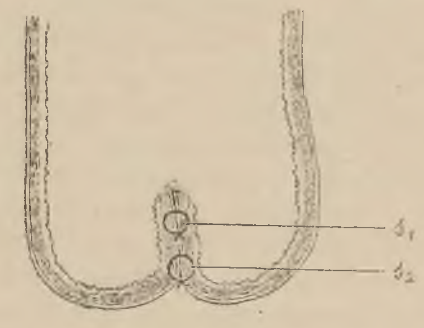
żadnej roli, nie zdradzając niczem ani swej obecności, ani życia. Lecz zdarzyć się może raz, że drobnoustroje te, obdarzone znaczną jadowitością, znalazłszy się w korzystnych warunkach (bo mogą działać na błonę surowiczą zapalnie zmienioną i w przestrzeni zamkniętej), wzniecą sprawę zapalną. W jamce owej nagromadza się ropa, która, czy to przez linię szwów, czy też przez otwór, wywołany ogniskowem obumarciem ścianek jelita ograniczającego ową przestrzeń, przedostać się może do jamy otrzewnej i spowodować rozlane jej zapalenie. Wnioskowanie to nie jest teoretyczne. W naszej



Rycina I.

klinice zmarł jeden chory na posokowate zapalenie otrzewnej po skolekoidetomii, wykonanej *à froid* skutkiem poprzednio przebytych kilku napadów zapalenia wyrostka robaczkowego. Nie chcąc się powtarzać, interesujących się odsyłam do mojej rozprawki, niedawno w tej materyi w *Przeglądzie lekarskim* drukowanej i proszę o zwrócenie uwagi na spostrzeżenie Nr. XXVII. *(Przegl. lek. 1901), str. 483.* Sekcya wykazała: ograniczone obumarcie ścian jelita ślepego w okolicy szwu kikuta i przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnowej. Sprawa ta była, dla mnie przynajmniej, mało jasną i skłonny jestem tłómaczyć ją sobie w sposób powyższy. Oczywiście nie zawsze sprawa ropienia w owej jamce, kryjącej kikut, musi tak ostro przebiegać. Gdy się chwila przebicia ropy odwleka, mogą potworzyć się w otoczeniu zrosty, które sprawiają, że następstwem tego ropienia będzie przetoka, choćby nawet kałowa, okazująca zwykle skłonność do samowygojenia się.

Rozważając to wszystko, wpadłem na myśl odmiennego nieco sposobu opatrywania kikuta, sposobu, o którym sądzę, że usunąć zdoła tego rodzaju powikłania. Ten sposób odmienny przedstawia szematyczna rycina II-ga.



Rycina II.

Po odszukaniu i uruchomieniu wyrostka robaczkowego aż do jego podstawy, jak to zwykle robimy zachwytujemy po obu jego bokach ścianki jelita ślepego, n. p. dwoma szwami katgutowymi, którymi na razie unosimy jelito w górę, a które potem posłużyć nam mogą do założenia dwuwarstwowego szwu Lembertowskiego. Jednem cięciem odcinamy wyrostek robaczkowy parę milimetrów ponad jego podstawą, i natychmiast (drobnymi szczypczykami) wynicowujemy go do światła jelita ślepego tak, że obecnie zwracają się ku sobie ścianki pokryte błoną surowiczą, a błona śluzowa odwraca się ku próżni jelita ślepego. Otwór w okolicy podstawy wyrostka zamykamy podwójnym szwem (s_1 i s_2) surowiczo-mięśniowym. Przy tym sposobie opatrywania kikuta nie wytwarzamy jamki, jak przy metodzie poprzedniej i nie pozostawiamy nazewnątrz jelita ślepego, a raczej w jego ścianach, błony śluzowej, przesiąkniętej bakteryami.

Wypływu kału z przeciętego, poprzednio nie podwiązanego wyrostka, obawiać się nie potrzeba. W wyciętym wyrostku robaczkowym nigdy **kału płynnego** nie widziałem, a odpływowi z kiszki ślepej zapobiedz można, unosząc w górę szwy na wstępie operacyi założone, lub też zaciskając palcami, względnie uciskadłami, część kiszki ślepej, najbliższą odejścia wyrostka. Niebezpieczeństwu wydostania się do jamy brzusznej treści ropnej ze schorzałego wyrostka zapobiega się skutecznie i pewnie przez założenie podwiązki na wyrostek, tuż poniżej miejsca przecięcia.

IV. Wyciągi.

Prof. Dr. Baumgarten. **Stosunek perlicy do gruźlicy.** *(Berliner klin. Wochs.* Nr. 35, 1901). Praca autora jest niejako odpowiedzią na poglądy, wygłoszone przez Kocha na ostatnim Zjeździe przeciwgruźliczym w Londynie. Autor przypomina dawniejszą pracę Dra Gaisera, który również, szczepiąc cielętom prątki z gruźlicy ludzkiej, nie zdołał wywołać u nich perlicy. Z drugiej strony opisuje autor doświadczenia (bez wymienienia nazwiska już nieżyjącego zresztą badacza), przeprowadzone na ludziach przed 20-tu laty: badacz ten w sześciu przypadkach szczepił ludziom chorym na raka lub mięsaka prątki perlicy i zawsze z wynikiem ujemnym; badanie pośmiertne, wykonane w kilka miesięcy do jednego roku na ludziach, użytych do doświadczeń, nie wykazało w żadnym przypadku gruźlicy, ani w miejscu wstrzyknięcia prątków, ani też w narządach wewnętrznych: w przypadkach, w których po wprowadzeniu prątków wytworzyły się w miejscu wstrzyknięcia ropnie, badanie bakteryologiczne ropy wykazywało początkowo w niej obecność prątków gruźliczych, które jednakże, w miarę gojenia się ropnia, rychło znikały. (Na obronę tego badacza przytacza Baumgarten tę okoliczność, iż badania swoje przeprowadzał on nie w celach ściśle naukowych, lecz jedynie w celach leczniczych: wychodząc z dawnego twierdzenia Rokitanskyego, iż gruźlica i rak anatomicznie wzajemnie się wykluczają: uważał on za możliwe wyleczenie raka pod wpływem działania wprowadzonych do ustroju prątków gruźliczych, względnie perliczych; doświadczenia swoje przeprowadzał on tylko na ludziach, u których nowotwory nie nadawały się już do operacyi i którzy bądźcobądź dość rychło umrzeć musieli). Na podstawie tych wskazówek sądzi Baumgarten, iż rzeczywiście niebezpieczeństwo zarażenia się gruźlicą od bydła chorego na perlicę jest bardzo małe, na co zresztą i dawniej zwracał on uwagę; mimo to jednakże niebezpieczeństwo to istnieje, gdyż, jak wykazują ścisłe badania, z jednej strony prątkami perlicy możemy wywołać nawet u bydła ostrą gruźlicę prosówkową (doświadczenia Gaisera), z drugiej zaś strony prątki z gruźlicy ludzkiej, poddane działaniu pary jodoformowej, wywołują u zwierząt (u królika) perlicę (doświadczenia Tangla i Trojego). W dalszym ciągu tożsamość zmian histologicznych w gruźlicy i perlicy (łatwiejsze wapnienie guzów perliczych u bydła, niż ognisk serowatych u ludzi, zależy od większej ilości soli wapniowych w ustroju bydła), jednakowe zachowanie się prątków gruźliczych i perliczych w hodowli, oraz pod względem cech postaciowych, wreszcie oddziaływanie gruźliczego bydła na tuberkulinę, otrzymaną z prątków gruźlicy ludzkiej, wymownie przemawiają za tożsamością prątka gruźlicy i perlicy, zwłaszcza, że doświadczenia, pozornie przemawiające przeciw tożsamości tych prątków, dają się łatwo wyjaśnić. Gramatschikoff wykazał, iż prątki gruźlicy ludzkiej lub perlicy u bydła, przeprowadzane przez dłuższy czas przez kury przestają być zakaźnymi dla królików i mor. świnek: prątek gruźlicy ptasiej jest bardzo mało zakaźny dla królików, przeprowadzany jednakowoż przez króliki, przybiera znacznie na jadowitości i w końcu

zabija króliki. Te i tym podobne fakty przemawiają za tem, iż prątki gruźlicze mogą się przystosowywać do pewnego gatunku zwierząt i są specyalnie jadowite tylko dla tego gatunku; mogą jednakowoż w pewnych warunkach być zakaźnymi i dla innych gatunków zwierząt, oraz dla człowieka; ztąd też należy i nadal zachować zalecane dotychczas ostrożności przy spożywaniu mleka i mięsa, gdyż niebezpieczeństwo zakażenia się w ten sposób gruźlicą, jakkolwiek małe, jednakże niewątpliwie istnieje. *Gliński.*

Wilms. **Pęknięcia wątroby i ich leczenie.** (*Deut. mediz. Wochenschrift* Nr. 34, 35. 1901.) Autor zestawia 19 przypadków pęknięcia wątroby, spostrzeganych w ostatnich 5 latach w lipskiej klinice chirurgicznej. Z tej liczby operowano 15 razy i otrzymano trzy razy wyleczenie; czterech zaś chorych, nieoperowanych z powodu zapadu, zmarło wkrótce po przybyciu do kliniki. Na podstawie dołączonych do pracy krótkich historyj chorób i wyników sekcyi opisuje autor objawy obrażenia narządów wewnętrznych w jamie brzusznej w ogólności, przedewszystkiem zaś uszkodzenia wątroby. Rozpoznanie ułatwiają z jednej strony wywiady co do rodzaju i miejsca doznanego urazu, z drugiej zaś badanie przedmiotowe chorego. Ból przy ucisku na prawe podżebrze, silne napięcie powłok brzusznych i wciągnięcie brzucha, bolesność w okolicy wątroby i żołądka, przytłumienie w bocznych częściach brzucha, silniejsze jednak po stronie prawej i zwolna zmieniające się ze zmianą położenia chorego, wreszcie stan ogólny pacyenta, to są mniej więcej objawy wytyczne, cechujące obrażenia trzew, najprawdopodobniej zaś wątroby. Objawy te mogą występować z różnem nasileniem; przytłumienie jednak po obu bokach brzucha i silny skurcz powłok brzusznych uważa autor za stałą i najważniejszą cechę rozpoznawczą obrażeń wewnętrznych, na co już poprzednio, w r. 1899, zwrócił uwagę Trendelenburg. Zwłaszcza w odróżnieniu od wstrząsu, przy którym bladość twarzy chorego kazałaby się domyślać jakiegoś krwotoku wewnętrznego, brzuch jest prawie zawsze miękki; twarde zaś powłoki brzuszne dowodzą wylania się krwi do jamy brzusznej wskutek uszkodzenia narządów wewnętrznych.

Rokowanie w obrażeniach wątroby przy wkroczeniu chirurga nie jest jeszcze najgorsze pomimo tak wysokiego (80%) odsetka śmiertelności u operowanych w klinice lipskiej. Na podstawie własnych spostrzeżeń autor gorąco poleca bezwłoczne wykonanie operacyi (laparotomię) u chorych z obrażeniem wewnętrznem, gdzie nic się niema do stracenia, a można tylko coś zyskać. Tamowanie krwotoku z uszkodzonej wątroby osiąga się albo zapomocą szwu, lub też silnem wytamponowaniem rany. Ostatni ten sposób zaleca się swą prostotą i szybkością wykonania. Z pośród licznych a ciekawych spostrzeżeń, zebranych skrzętnie przez autora na stole sekcyjnym, zasługuje na uwagę jeden szczegół, mający nie małe znaczenie dla metody leczenia pęknięcia wątroby. Wśród zmiażdżonego miąższu wątroby znachodzono często na rozległej przestrzeni całe pnie żylne niemal zupełnie odsłonięte, jakby odpreparowane, krwawiące z tych miejsc, gdzie mniejsze naczynia zostały oderwane. W obec nizkiego parcia krwi w większych żyłach wątroby naturalną jest rzeczą, że zwykle uciśnięcie krwawiącego miejsca nie jest bez dodatniego wyniku. *Dr. L. Berger.*

Batsch. **Sztuczne zęby w przełyku.** (*Münchner med. Wochs.* Nr. 33, 1901). Robotnik fabryczny połknął podczas snu płytkę kauczukową z sztucznemi zębami wielkości 4,6 × 2,2 ctm. Badanie promieniami Röntgena dało wynik ujemny. Autor podobnie, jak Quadflieg, utrzymuje, że badanie promieniami Röntgena w przypadkach ciała obcego w przełyku niema wielkiego znaczenia, bo żebra i kręgosłup zaciemniają pole, a w przypadkach, gdzie ciałem obcem jest płytka kauczukowa, okazało się zupełnie nieprzydatnem. W przypadku B. zewnętrznie też nic wybadać nie można było. Zgłębnikiem natrafił B. na opór w odległości 36 ctm. od zębów. Wyciągnięcie zapomocą koszyczka nie udało się, wtedy B. zepchnął płytkę do żołądka. Na otwarcie żołądka i wydobycie płytki chory nie zgodził się, nie pozostawało więc nic innego, jak starać się wydobyć drogą naturalną. Choremu podawano w znacznych ilościach pokarmy, które dają dużo kału, by osłonić płytkę. Po dwudziestu dniach płytka odeszła z kałem. Chory miał się przez cały ten czas zupełnie dobrze, a w ostatnich sześciu dniach zajmował się zwykłą pracą. Przy oglądaniu płytki okazał się brak jednej klamerki, która musiała się prawdopodobnie w przewodzie pokarmowym odłamać; możliwem jest, że odłamała się przy spychaniu płytki do żołądka; co się z nią stało, niewiadomo. *Dr. Teofil Zalewski.*

Pritschard. **Przypadek niedrożności jelit wskutek kamienia żółciowego, leczony z dobrym skutkiem atropiną.** (*Münchner med. Wochensch.* Nr. 33, 1901). Autor opisuje przypadek niedrożności jelita z powodu zatkania go kamieniem żółciowym. Pierwszego i trzeciego dnia zastrzyknięto podskórnie 0,001 atropiny. Czwartego dnia wystąpiły wypróżnienia dość obfite, a w nich znaleziono dość duży kamień żółciowy. Objawy niedrożności, mimo wymiotów, według chorego kałowych, nie były zbyt gwałtowne. Autor powiada, że już od dłuższego czasu używa w przypadkach przepuklin uwięzniętych atropinę z morfiną do wstrzykiwań podskórnych w okolicę uwięznięcia. Zwykle udawało mu się potem odprowadzić przepuklinę. *Dr. Teofil Zalewski.*

K. Budinger. **Patologia i terapia żołądka klepsydrowatego.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 36, 1901). Autor opisuje przypadek, który rozpoznał jako klepsydrowate przewężenie żołądka, powstałe na tle bliznowatem; podczas operacyi jednak nie znalazł ani śladu tego kształtu patologicznego, natomiast spostrzegł, jak na dnie krzywizny wielkiej powstał skurcz, który przedstawiał obraz przewężenia dolnego obrysu żołądka, i posuwał się ku odźwiernikowi, — przyczem przewężenie stawało się coraz głębsze, a fala skurczu doszła do takiego natężenia, że wytworzył się guz, zamykający światło żołądka w pewnej odległości od odźwiernika i powodujący cechujący kształt żołądka klepsydrowatego. Zjawisko to powtórzyło się w ciągu 5 minut dwa razy. Autor miał więc do czynienia ze spastyczną postacią żołądka klepsydrowatego. Że zjawisko widziane podczas laparotomii miało miejsce i przed otwarciem powłok brzusznych dowodzi fakt, że podczas badania przed operacyą stwierdzono wielokrotnie istnienie przewężenia. Ruchy, widziane na odsłoniętym w tym przypadku żołądku, odpowiadały zupełnie tym, jakie widział Hofmeister i Schütz na żołądku zwierząt. Omawiając przebieg skurczu mięśni żołądka i przytaczając podobne przypadki z piśmiennictwa, przechodzi autor do pytania, w jakim stosunku zostaje skurcz mięśnia zwieracza przedsionka odźwiernika do znanego oddawna skurczu odźwiernika? Przy klasycznym skurczu odźwiernika zajęta jest skurczeniem tylko ta część okrężnej warstwy mięsnej, która znajduje się na granicy żołądka i jelita; gdzie zaś większe guzy bezpośrednio lub przez powłoki brzuszne wyczuć się dają, tam idzie o skurcze nietylko samych mięśni odźwiernika, lecz także mięśnia przedsionka odźwiernikowego. Rozpoznanie guza skurczowego w wielu przypadkach jest prawie niemożliwe, zwłaszcza gdy go nie można wyczuć; ale w takich razach patognomiczne ma nieraz znaczenie bardzo charakterystyczny dla żołądka klepsydrowatego, z wązką komunikacyą między obydwoma workami — „objaw sączenia“, powstający skutkiem przechodzenia płynu z jednego worka do drugiego, a który to objaw można wywołać, uciskając ręką na jedną część żołądka, zawierającą płyn. Co się tyczy zabiegu operacyjnego, to autor wykonał *gastroenterostomiam retrocolicam.* Dwa inne przypadki żołądka klepsydrowatego, powstałe na tle bliznowatem, opisuje autor ze względu na zabiegi operacyjne, jakie wykonał. Podane przez Wölflera metody operacyjne nie mogą być regułą; od którejby nie można było odstąpić. Po resekcyi bowiem części komunikującej, powstaje nieodpowiedni kształt żołądka, ztąd autor w swoim przypadku zastosował resekcyę całej części odźwiernikowej żołądka. Przed plastyką przedniej powierzchni odcinka komunikującego ostrzega sam Eiselsberg, który operował najwięcej przypadków żołądka klepsydrowatego. Gastroenterostomia jest jedynym zabiegiem, dającym się zawsze wykonać, według Wölflera jednak należy, — o ile to możebne, — wykonywać gastroanastomozę, jakkolwiek ta ostatnia ma tę ujemną stronę, że żołądek nie nabiera kształtu podobnego do prawidłowego, a fizyologiczna praca mięśni nie odbywa się bez przeszkody. Tę ujemną stronę starał się autor usunąć przez zastosowanie gastroplastyki, przyczem cięcie prowadził nie na przedniej ścianie żołądka, lecz w krzywiźnie wielkiej. *Dr. Ozga.*

Prof. Dr. Krönlein. **O całkowitem wycięciu szczęki górnej o narkozie.** (*Archiv Langenbecka* T. 64. Z. 2). Wedle zestawienia różnych autorów śmiertelność bezpośrednia po wycięciu szczęki górnej wynosi jeszcze dziś około 30%. Przeglądając protokoły sekcyjne z tych przypadków, widzimy, że głównem źródłem, z którego pochodzą te niepomyślne stosunki, są płuca, względnie rozmaite sprawy zapalne w nich się rozwijające w następstwie wciągnięcia krwi w uśpieniu chloroformowem. Powikłań tych uniknąć możemy, operując tych chorych bez uśpienia, lub co najwyżej w bardzo płytkiem uśpieniu i to podtrzymywanem tylko z początku. W ten sposób operował K. 35 chorych, a z tych stracił tylko jednego z powodu ropnego zapalenia opon mózgowych, które podczas operacyi musiał częściowo resekować na podstawie czaszki, nowotwór bowiem aż tam przerósł. *Herman.*

F. Kuhn. **Zastosowanie tiulu przy przeszczepianiu skóry.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1901, Nr. 24). Przeszczepione płatki Thierscha przykrywa K. delikatną tkaniną o dużych oczkach, napojoną celuloidyną. Materyał ten nie nasiąka wydzieliną, zapewniając jej swobodny odpływ na zewnątrz, i tworzy dobrą warstwę ochronną i izolacyjną dla przeszczepionego naskórka. *Herman.*

V. V międzynarodowy Kongres fizyologów.

Coraz częściej można słyszeć zdanie, że międzynarodowe kongresy ogólno-lekarskie już się przeżyły i że nie mają wcale tego znaczenia dla rozwoju nauki lekarskiej, jakiego od nich oczekiwano; za to coraz większem uznaniem się cieszą zjazdy specyalne, mające na względzie jedną dziedzinę lekarską lub przyrodniczą. I rzeczywiście zjazdy specyalne już wskutek tego, że w nich biorą udział przeważnie specyaliści z jednego zakresu naukowego, że nie są tak liczne, zapewniają daleko większy porządek w obradach i o wiele więcej łatwe porozumienie się członków pomiędzy sobą, niż zjazdy ogólno-lekarskie. a nadto sprawiają o wiele mniej kłopotów miejscowym komitetom gospodarczym, tak wskutek mniejszej liczby uczestników, jak również wskutek tego, że trwają zwykle króciej, niż zjazdy ogólno-lekarskie. Było więc wcale rzeczą naturalną, że fizyologowie, podobnie jak inni specyaliści z obszernej dziedziny nauk przyrodniczych i lekarskich, dążyli do tego, ażeby się zgrupować w odrębne ciało i wprowadzić w życie swoje zjazdy specyalne. Pierwszy taki zjazd fizyologów odbył się w roku 1879 w Bazylei. Że myśl urządzania osobnych zjazdów fizyologów znalazła oddźwięk, może służyć za dowód ta okoliczność, że w tym pierwszym zjeździe wzięło udział przeszło 120 uczestników, przeważnie profesorów z różnych uniwersytetów, oraz docentów i asystentów tego przedmiotu. Oprócz obrad ściśle naukowych na zjeździe w Bazylei, który trwał trzy dni, omówiono także pewne sprawy formalne i ułożono osobny statut, mający obowiązywać na przyszłość. W myśl tego statutu każdorazowy zjazd fizyologów na ostatniem posiedzeniu wybiera osobny komitet międzynarodowy z przedstawicieli rozmaitych państw, który ma się zająć zorganizowaniem zjazdu następnego. Zjazdy mają się odbywać co trzy lata w miejscu, które na tenże posiedzeniu zostaje wyznaczone.

W celu uniknięcia pewnych kolizyj politycznych wybierano dotychczas przeważnie na miejsce zjazdu miasta w małych państewkach, nieodgrywających jakiejś większej roli w życiu politycznem Europy, a wyjątek stanowi tylko zjazd IV, który się odbył w Cambridge w Anglii.

I tak pierwszy zjazd, jak wyżej podaliśmy, odbył się w Bazylei w Szwajcaryi, drugi w Leodyum w Belgii, trzeci w Bernie szwajcarskiem, czwarty w Cambridge w Anglii, i w końcu ostatni, piąty, w dniach od 17 do 21 września b. r., w Turynie we Włoszech.

Mówiąc o zjazdach wogóle, nie mogę nie zauważyć, że w miarę ich rozpowszechnienia, oprócz strony ściśle naukowej, coraz więcej miejsca się udziela rozmaitym zebraniom towarzyskim i przyjęciom; być może, że koledzy nie podzielą mego zapatrywania, lecz na podstawie osobistego wrażenia zmuszony jestem to łączenie zadań naukowych z zabawą uznać za zjawisko w wysokim stopniu niepożądane; z natury bowiem urządzenie wszelkich przyjęć spada ciężarem bez potrzeby na komitet miejscowy i naraża zwykle z jednej strony pewną grupę kolegów na zupełnie niepotrzebne wydatki, z drugiej krępuje i nuży członków przyjezdnych tak, że w końcu strona naukowa coraz mniej budzi interesu, a w ten sposób i cel kongresu zostaje jakby usunięty na drugi plan. Zjazdy fizyologów są tego najlepszą ilustracyą. Zjazd w Bazylei miał na celu wyłącznie naukę; zebrania towarzyskie ograniczały się tylko do wspólnych śniadań i obiadów; w godzinach też wolnych od posiedzeń zwiedzaliśmy miasto lub zakłady naukowe i wyjeżdżając z Bazylei miało się uczucie, że w ciągu tych kilku dni słyszało się i widziało dużo i poznało się dokładnie miasto i jego instytucye. Również zjazd w Leodyum imponował swoją prostotą i tem, że nie było nic takiego, coby krępowało swobodę uczestników. Następne zjazdy coraz bardziej się oddalały od tego typu, a ostatni zjazd w Turynie już pod względem towarzyskich przyjemności w niczem nie ustępował innym zjazdom lekarskim.

Właściwie zjazd się rozpoczął już 16-go września wieczorem, tego bowiem dnia wszyscy członkowie zjazdu zostali zaproszeni przez Akademię lekarską w Turynie *(R. Accademia di Medicina di Torino)*, gdzie spędziliśmy parę godzin na odnawianiu znajomości i zabieraniu nowych przy szklance włoskiego wina, którego dostarczano w wielkiej obfitości. Wszystkie następne wieczory byliśmy również bardzo gościnnie podejmowani przez reprezentacyę miasta, przez profesorstwo Mosso, oraz przez fizyologów włoskich.

Wyrażając z całem uznaniem wdzięczność tak miastu, jakoteż kolegom włoskim za ich uprzejmość i nadzwyczajną gościnność, muszę się przyznać, że osobiście żałowałem bardzo, że zjazdy fizyologów odstąpiły od tego wzoru, za jaki chciałbym uważać zjazd pierwszy, i że szczególnie zjazd ostatni niepotrzebnie przyczynił dużo kłopotów i wydatków miejscowym kolegom, a znużenia gościom.

Posiedzenia naukowe zjazdu rozpoczęły się dnia następnego i odbywały się przez 5 dni, od godziny 9 do 12 i od 2 do 5 popołudniu w sali wykładowej zakładu fizyologicznego.

Po krótkiem powitaniu przez prof. Angelo Mosso, wyborze prezydyum i załatwieniu innych formalności, komitet wystąpił z wnioskiem o zamianowanie prof. Fostera z Cambridge stałym prezesem zjazdów fizyologów. Wniosek ten został przyjęty z wielkim zapałem, ponieważ wszystkim było wiadomo, że w zorganizowaniu zjazdów fizyologów prof. Foster położył bardzo wielkie zasługi, a że wszyscy fizyologowie uznali potrzebę tej instytucyi, za dowód może służyć fakt, iż liczba członków w każdym zjeździe następnym zwiększała się i w ostatnim przekroczyła liczbę 250.

Odpowiednio do liczby członków wzrosła także i liczba zapowiedzianych odczytów i demonstracyj; nietylko więc wypadło przedłużyć zjazd do dni pięciu, ale także komitet zmuszony był utworzyć dwie sekcye dodatkowe: chemii fizyologicznej i psychologii doświadczalnej; w następnych też dniach odczyty odbywały się równocześnie w sekcyi głównej i w jednej z sekcyj dodatkowych.

Podział na sekcye, a także okoliczność, że znaczna część demonstracyj, bądź odnoszących się do wykładów, wygłoszonych w jednej z sekcyj, bądź samych przyrządów, odbywała się także przeważnie w godzinach posiedzeń, oddziałały bardzo ujemnie na przebieg samych posiedzeń. Liczba członków, którzy spokojnie przysłuchiwali się wykładom, malała z każdym dniem; coraz więcej osób snuło się w rozmaitych kierunkach po korytarzach zakładu fizyologicznego, który, nawiasem mówiąc, jest bardzo obszerny i znakomicie uposażony; zwiedzano wystawę przyrządów, które były wystawione przez kilku mechaników, skupiano się przy doświadczeniach, które niekiedy były wykonywane przez niektórych członków zupełnie bez związku z wykładami, rozprawiano prywatnie na tematy, poruszane w odczytach, słowem robiono wszystko możliwe, tylko nie słuchano prelegentów; zresztą zjazd fizyologów zdaje mi się nie stanowi tu wyjątku; taksamo się bowiem mniej więcej dzieje na wszystkich zjazdach, przynajmniej na tych, w których sam brałem udział. Ta obojętność, która daje się spostrzegać na wszelkich zjazdach do odczytów z zakresu wiedzy specyalnej, zdaniem mojem wskazuje, że ta forma jest niezadawalniającą; że zjazdy są potrzebne, wskazuje liczny udział członków, lecz obojętność ich świadczy, że na zjeździe nie znajdują tego, czego szukają: szczególnie na zjazdach specyalistów wypadałoby odrzucić cały balast rozmaitych drobnych prac specyalnych, raczej przyczynków do rozmaitych kwestyj, i występować tylko z zagadnieniami, które mają znaczenie ogólniejsze. Oprócz tego na zjazdach fizyologów, wnosząc z zainteresowania się, jakiem obdarzano wszelkie demonstracye i doświadczenia, wypadałoby głównie w tym kierunku przeprowadzić zmianę. Nie potrzebuję już powtarzać, że zjazd obecny tym wymaganiom nie czynił zadość; że dużo, bardzo dużo poruszano spraw specyalnych, a stosunkowo bardzo mało było mowy o zagadnieniach ogólnych.

zasadniczych, i również bardzo słabą była część demonstracyjna.

Ponieważ komitet już w pierwszych dniach zjazdu zdążył wydrukować krótkie streszczenia zapowiedzianych odczytów, można więc było do pewnego stopnia oryentować się, co nietylko z tytułu, lecz i treści mogło interesować. Z przyczyny jednak podziału na sekcye niezawsze można było trafić na pożądany odczyt. Tak z powodu liczby odczytów, jakoteż okoliczności wyżej wymienionych, nie jestem oczywiście w stanie podać choćby w skróceniu treści komunikatów; wspomnę tylko o tych, które bądź nowością poglądów, bądź oryginalnością, zwracały na siebie szczególniejszą uwagę uczestników. Do tej kategoryi przedewszystkiem muszę zaliczyć odczyt i doświadczenia W. M. Baylissa o *„Antidromic vascular dilatation from posterior roots"*; jakkolwiek spostrzeżenia co do rozszerzającego wpływu na naczynia podrażnień obwodowych końców korzonków tylnych były poczynione już dość dawno, to jednakże trzeba przyznać wielką zasługę autorowi, że badania w tym względzie znacznie rozszerzył, zastosowując nietylko elektryczne, lecz i innego rodzaju podrażnienia, mianowicie mechaniczne, i zdołał wykazać, że ośrodki dla nerwów rozszerzających, podług wszelkiego prawdopodobieństwa, leżą w zwojach międzykręgowych.

Bardzo piękny ze względu na charakter filozoficzny był odczyt prof. Gaulégo z Zurychu: *O peryodycznym przebiegu życia. (Der periodische Ablauf des Lebens).* Przedmiotem licznych uwag i rozpraw były także odczyty Locka, a szczególniej Magnusa z Heidelbergu w sprawie *Odżywiania wyciętego serca.* Pan Magnus wykonał doświadczenie, w którem wycięte serce królika, przy sztucznem krążeniu w tętnicy wieńcowej serca roczczynu, nasyconego tlenem i zawierającego mięszaninę soli w tym stosunku, w jakim się znajdują w surowicy krwi danego zwierzęcia. zawieszone wprost w powietrzu w ciepłocie pokojowej, biło w ciągu przeszło siedmiu godzin.

Pan Waller z Londynu wygłosił 2 odczyty *O zjawiskach elektrycznych w tkankach zwierzęcych i roślinnych,* popierając je doświadczeniami. Jakkolwiek treść tych odczytów była już znaną z dawniejszych prac pana Wallera, to jednakże zwróciły one szczególną uwagę, ponieważ zapatrywania autora na przyczyny zjawisk elektrycznych zasadniczo się różnią od przyjętych przez większość fizyologów. Autor uważa zjawiska elektryczne jako jeden z objawów życia, jako funkcyę tkanek, i znajduje, że objawy elektryczne, podobnie jak każda inna czynność, podlegają zmianom, jak naprzykład znużeniu, wyczerpaniu, i znikają z chwilą śmierci tkanki.

Oryginalnością poglądów odbijał także odczyt Wwedeńskiego z Petersburga *O pochodzeniu i przyrodzie narkozy nerwów.*

Przeważna część odczytów dotyczyła tematów, które już poprzednio w całości lub w krótkich referatach były ogłoszone i w tem być może także można dopatrywać przyczyny małego zainteresowania się odczytami, o czem już wspomniałem wyżej. Pomimo wielkiej liczby odczytów bardzo mało było nowych myśli, lub nowych sposobów badania. Tu i owdzie można było spotkać jakąś modyfikacyę dawniej używanych sposobów, która bynajmniej nie świadczyła o wielkiej pomysłowości autorów. Jako przykład pozwolę sobie wspomnieć *O nowej metodzie oznaczenia szybkości ruchu krwi w naczyniach* prof. Hürthlego z Wrocławia. Autor w starym przyrządzie Ludwiga, znanym pod nazwą „Strom-Uhr", zastąpił oliwę tłokiem, zmodyfikowawszy odpowiednio kształt naczynia; od tego tłoku wyprowadził na zewnątrz nitkę, którą przymocowuje do dźwigni, piszącej na okopconym papierze. Prąd krwi wskutek różnicy ciśnienia porusza w przyrządzie tłok w jedną lub drugą stronę, zależnie od ustawienia, ten zaś ostatni zapomocą nitki wprawia dźwignię w ruch i w ten sposób kreśli krzywą. Jeżeli już sam przyrząd Ludwiga okazał się nieodpowiednim głównie z powodu tarcia i oporu, jaki przedstawia dla prądu krwi, to oczywiście tembardziej nieodpowiednim okaże się przyrząd Hürthlego, w którym tensam prąd musi pokonywać tarcie tłoka, ale cel został osiągnięty: pan Hürthle przynajmniej przez pół godziny zajął uwagę członków kongresu.

Do tejsamej kategoryi nieudanej modyfikacyi wypada zaliczyć podany przez pana Broca z Paryża sposób zastosowania kondensatora do drażnienia tkanek, zamiast cewki indukcyjnej. Pan Broca proponuje ni mniej ni więcej używać do tego celu zwykłego komutatora od dynamomaszyn. Z zapewnień, że sposób ten jest bardzo dokładny, wypada wnosić, że autor sam nie wykonał ani jednego doświadczenia.

Bardzo przykre wrażenie pozostało z odczytu i demonstracyi prof. Nicolaides z Aten. Autor wbrew doświadczeniom wszystkich innych fizyologów, a w szczególności Pawłowa z Petersburga, twierdził, że jemu się udało dokonać przecięcia obu nerwów błędnych u psów w ten sposób, że nietylko zwierzęta operowane zostały przy życiu, lecz nadto nie przedstawiały one najmniejszych zmian ani w oddechaniu, ani w czynności serca, i na dowód przedstawił dwa operowane w ten sposób psy. Atoli wykonane następnie sekcye u tych zwierząt wcale nie przekonały obecnych, jakoby nerwy wogóle były przecięte, a nadto preparaty mikroskopowe, sporządzone z tych nerwów, nie wykazywały również żadnych widocznych zmian, ani zwyrodnień.

Większa część przedstawionych na ostatnim zjeździe prac może bezwątpienia posłużyć za dowód, że ten gorączkowy stan, który ujawnia się we wszystkich dziedzinach współczesnego życia, udzielił się także i fizyologom. Brak pewnej przewodniej myśli w doświadczeniach, brak ścisłości, której wymaga nauka, a ztąd sprzeczności w spostrzeżeniach, dotyczących tychsamych zjawisk, pośpiech nadzwyczajny w tworzeniu wniosków, brak dążności do wynalezienia pewnych ogólnych zasad i praw, — oto wrażenie, które się odnosiło z tej wielkiej liczby odczytów, którym się przysłuchiwałem w ciągu pięciu dni. Zjawisko to nie jest zresztą nowem.

Stosunki tak się ułożyły, że fizyologią zajmują się przeważnie lekarze; wykształcenie zaś lekarskie nigdy nie dawało dostatecznych podstaw naukowych, wystarczającej znajomości fizyki i matematyki, na których właściwie badania powinny się opierać.

Do badania delikatnych zjawisk życiowych potrzeba było zastosować cały szereg specyalnych przyrządów i tu otwierało się obszerne pole do rozmaitych mniej lub więcej dowcipnych kombinacyj, lecz przyrządy te były stosowane przeważnie bez poprzedniego zbadania tych wszystkich niedokładności, które każdy przyrząd posiada; ta okoliczność stała się źródłem całego szeregu błędów i niewątpliwie dotychczas jest przyczyną tych różnic, które znajdujemy w pracach nieraz dwóch jednakowo sumiennych i ścisłych badaczy. Nadto wskutek różnicy sposobów, użytych do badania, nieraz same wyniki nie mogły być porównywane ze sobą. Jasną jest rzeczą, że już oddawna niektórzy z fizyologów najzupełniej zdawali sobie sprawę, że ten stan rzeczy przeszkadza rozwojowi nauki i wprowadza pewne zamięszanie; nie brakło też usiłowań, ażeby przynajmniej pod pewnymi względami badania fizyologiczne oprzeć na pewnych podstawach. Tak Fick i Kronecker już przed wielu laty usiłowali wprowadzić przynajmniej pewne ujednostajnienie w sposobie elektrycznego podrażnienia tkanek i w tym celu Kronecker i Christiani zaproponowali używać wyłącznie tylko cewki indukcyjnej, przez nich skonstruowanej i wymierzonej. Propozycye te nie zostały jednakże przez ogół przyjęte, być może dlatego, że sam sposób wymierzania cewki nie wydawał się dosyć ścisłym. W tymsamym celu przed kilkunasty laty zostały rozpoczęte w mojej pracowni badania, mające na celu podać więcej ścisłą metodę, któraby dawała możność określić wszystkie czynniki elektrycznego podrażnienia. Okazało się, że wymaganiom tym może uczynić zadość zastosowanie kondensatorów. Do tegosamego wniosku doprowadziły także badania Weissa, wykonane przed kilku laty w pracowni Chauveau. Sprawę tę pan Weiss

w porozumieniu ze mną a za pośrednictwem prof. Chauveau poruszył na IV-tym zjeździe fizyologów w Cambridge. Komitet zjazdu uznając całą ważność sprawy ujednostajnienia sposobów badania rozszerzył znacznie wniosek Weissa i zaproponował wybór osobnej komisyi, któraby się zajęła sprawą ujednostajnienia sposobów badania fizyologicznego, z szczególnem uwzględnieniem sposobów graficznych. W skład tej komisyi, która przybrała nazwę *„Commission internationale de contrôle des instruments enregistreurs et l'unification des méthodes en physiologie“* weszli: prof. Marey, jako przewodniczący; prof. Kronecker, jako zastępca przewodniczącego; Dr. Weiss, jako sekretarz; Bowditch, Foster, von Frey, Hürthle, Mislawsky i Mosso. Komisya ta po ukonstytuowaniu się zaprosiła do udziału w pracy *Association des Académies internationales*, które ze swej strony wybrało do komisyi pp: Chauveau, Cornu, Fredericqa i Wallera.

Uświadomienie więc potrzeby zmian w sposobach badań fizyologicznych i utworzenie takiej międzynarodowej komisyi jest niewątpliwie zasługą zjazdów i bezsprzecznie może bardzo znacznie się przyczynić do szybszego i głębszego zbadania zjawisk życiowych. Zjazd też ostatni fizyologów nabierał szczególniejszego znaczenia w oczach wielu, właśnie z powodu, że owa komisya obiecała złożyć sprawozdanie ze swoich czynności.

Ostatnie posiedzenie zjazdu dnia 21-go po południu było przeznaczone wyłącznie na załatwienie sprawy formalnej i na sprawozdanie prezesa komisyi, oraz na omówienie niektórych wniosków specyalnych.

Oto są sprawy załatwione na tem posiedzeniu:

1) VI. Zjazd fizyologów ma się odbyć w Brukseli za lat 3.

2) Do Komitetu organizacyjnego, oprócz dotychczasowych członków, w celu uzupełnienia wybrani zostali: Henzen, Chauveau, Waller, Kossel i Cybulski, jako reprezentant języków nie niemieckich w Austryi.

3) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie komisyi, z którego się okazało, że komisya odbyła kilka posiedzeń w Paryżu, że opracowała statut dla swoich czynności, że się udała do komitetu związku międzynarodowego Akademij w celu uzyskania osobnego lokalu w Instytucie Mareya na urządzenie zbioru przyrządów fizyologicznych, że w końcu poczyniła starania przez tenże komitet Akademij w celu wyjednania subwencyi dla tej nowej międzynarodowej instytucyi.

Urzędowe publikacye komisyi mają być ogłaszane w *„Archives Italiennes de Biologie.“*

4) Przyjęto wniosek prof. Kroneckera, ażeby w roku 1904 urządzić w Brukseli wystawę przyrządów fizyologicznych możliwie kompletną, a także jego drugi wniosek o założenie wParyżu przy komisyi dla kontroli przyrządów osobnego muzeum międzynarodowego przyrządów fizyologicznych.

5) Przyjęto wniosek Bowditcha i Fostera, ażeby związek międzynarodowy Akademij zajął się sprawą utworzenia międzynarodowego Instytutu fizyologicznego na Monte Rosa.

6) W końcu uchwalono wniosek prof. Mosso o poczynienie kroków u rządów w celu rozszerzenia sekcyi fizyologicznej w Neapolu.

Sądzę, że zbytecznem jest dowodzić, jak wielkiej doniosłości dla badań fizyologicznych są wszystkie wyżej przytoczone uchwały. Gdyby nawet prace komisyi i nie doprowadziły do pożądanego wyniku, t. j. nie udało się wynaleźć takich stałych podstaw i zasad, które przez wszystkich badaczy byłyby przyjęte i stosowane, to w każdym razie utworzenie międzynarodowego muzeum przyrządów fizyologicznyczych dawałoby możność stosunkowo tanim kosztem każdemu porównywać przyrządy, odnoszące się do jednego działu i w ten sposób skontrolować wyniki otrzymane tym lub innym przyrządem. Każdy nowy przyrząd, gdziekolwiek i przez kogo kolwiek wykonany, odrazu podlegałby kontroli fachowych badaczy, a w ten sposób wyjaśniałyby się odrazu różnice w wynikach, które mogły być spowodowane przez sam przyrząd. Koszta utrzymania takiego muzeum, jeżeliby się rządy państw cywilizowanych przyczyniły do tej myśli, będą stosunkowo niewielkie, tem bardziej, że nie tylko mechanicy, ale i sami autorowie nowych pomysłów, choćby dla rozgłosu, będą do muzeum nowe przyrządy posyłali bezpłatnie.

Badania fizyologiczne nad wpływem górskiego powietrza, któremu coraz większe znaczenie przypisuje medycyna, są tak trudne, że bez osobnego zakładu ze specyalnemi urządzeniami nie podobna ich prawie przedsiębrać. Dotychczasowe badania są bardzo niedokładne i dotyczą zaledwo kilku objawów; dla tego myśl, żeby państwa wspólnemi siłami taki zakład ufundowały, wydaje mi się bardzo szczęśliwą, a sądzę, że przy współudziale Akademij da się to niewątpliwie uskutecznić. W końcu wniosek uzupełnienia stacyi zoologicznej w Neapolu zakładem fizyologicznym był tylko wyrazem rzeczywistej potrzeby, którą nawet zoologowie uczuwają. Niższe zwierzęta morskie nie tylko stanowią cenny materyał naukowy dla anatomów i embryologów, lecz nie mniej nadają się także do badań i spostrzeżeń fizyologicznych. Fizyologia zresztą od początku opierała się głównie na badaniach, które wykonywano na rozmaitych zwierzętach, a więc materyał do swoich wniosków zawsze czerpała z badań porównawczych; dziś ta potrzeba studyów porównawczych nad rozmaitymi objawami życia staje się coraz oczywistszą, a do takich badań najniższe formy fauny morskiej przedstawiają najodpowiedniejszy materyał, i tylko dziwić się wypada, że dotychczas to bogactwo form fauny mórz południowych tak mało było wyzyskiwane. Miejmy nadzieję, że i tę tak trafną myśl urzeczywistni wytrwałość uczonych.

N. Cybulski.

VI. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Ciąg dalszy).

Sekcya chirurgiczna.

11. Docent O. Kukula (Praga). **O samozatruciu przy zamknięciu (occlusio) kiszek.**

12. Dr. Petřivalský (Praga). **Enteroanastomosa zapomocą pierścienia z magnu.** Autor opisuje swój guzik do enteroanastomozy, zrobiony z glinu lub magnu, oraz postępowanie przy jego zakładaniu. Według sprawozdania zrośnięcie się obu błon surowiczych następuje szybko i nie zachodzi obawa zgorzeli i przebicia.

13. Dr. V. Piťha (Praga). **Leczenie zamartwicy (asfiksya) u noworodków.** Zamartwica u noworodków powstaje wskutek zaburzeń w oddechaniu łożyskowem. Według Cazeaux należy rozróżnić: zamartwicę siniczą, przy której odruchy są utrzymane, od zamartwicy bladej, gdzie ucierpiały ośrodki naczynioruchowe (*l'etat syncopal* według Ribemonta), i od postaci mięszanych. Gdzie odruchy jeszcze są utrzymane, najlepiej wywołać oddechanie właśnie przez pobudzenie odruchów (ciepłe i zimne kąpiele naprzemian itd.). W przypadkach ciężkich należy: *a)* wydalić ciała obce, (ucisk na klatkę piersiową, tusze Politzera itd.); *b)* podtrzymać krążenie, najlepiej przez *c)* sztuczne oddechanie. Co do tego ostatniego, należy zupełnie zaniechać wdmuchiwania powietrza do płuc. Najlepiej nadaje się w tym celu sposób Schultzego, lub metoda, modyfikowana przez autora.

14. Dr. J. Elgart (Berno). **Kilka uwag z dziedziny leczenia przepuklin.** Przy resekcyi kiszek w przypadkach przepuklin zgorzelinowych, najtrudniejszem miejscem do zeszycia jest przyczep krezki, który też jest najczęściej punktem wyjścia zapalenia ropnego otrzewnej. Często jednak nie obejmuje zgorzel całego obwodu kiszki, a w takich razach daleko lepsze widoki lecznicze daje wycięcie samego tylko miejsca zgorzelinowego; — sposób ten był zastosowany 9 razy przez dyrektora Nedopila w Bernie, a dwa

razy przez samego autora. Następnie przytacza E. dwa ciekawsze przypadki i podaje swoje zestawienia liczbowe. Na 62 przypadków przepuklin, 30 było uwięzniętych, 32 wolnych. Z tych w 30 przypadkach nastąpiło wyleczenie przez rychłozrost, w dwóch przypadkach szew spowodował ropienie. Z pierwszej gromady autor zanotował 7 zgorzeli, w których 5 razy resekowano kiszkę na całym obwodzie, 1 raz częściowo; 1 raz dokonano wgłobienia. Trzy przypadki zgorzeli zakończyły się śmiercią: z niezgorzelinowych jeden tylko (*volvulus postoperativus*).

15. Dr. Michal (Praga). **O operacyach radykalnych przepuklin u osesków i dzieci.**

16. Dr. F. Zahradnický (Něm. Brod.). **O pierwotnych resekcyach przy zgorzelinach przepuklin uwięzniętych.** Pierwotnej resekcyi dokonał autor w 8 przypadkach i to: jelita okrężnego 7 razy (raz częściowej); w 4 przypadkach zaś założył rzyć sztuczną. We wszystkich przypadkach gromady pierwszej nastąpiło wyzdrowienie; 4 ostatnie zaś skończyły się śmiercią. Autor odradza wprawdzie stosowania szablonowej resekcyi, przyznaje jej jednak stanowczo większą wartość.

17. Dr. K. Bečka (Praga). **Spostrzeżenia nad działaniem** *enphtalminum hydrobromicum*. E. h. polecają, jako lek rozszerzający źrenicę; podnosi on jednak ciśnienie śródgałkowe do tego stopnia, że u osób starszych może wywołać nawet napad jaskry. Natomiast z dobrym wynikiem, — dzięki podniesieniu ciśnienia, — stosował autor ten przetwór w przypadkach głębokich zapaleń rogówki, zapaleń naczyniówki i oderwania się siatkówki.

18. Dr. K. Výmola (Praga). **Przyczynek do leczenia ostrych zapaleń ucha.** W leczeniu ostrych zapaleń ucha główną rolę odgrywają dziś środki przeciwzapalne i odurzające, stosowane miejscowo, lub ogólnie. Jako cenne wzbogacenie sposobów tych dołącza autor stosowanie ciepłych okładów w postaci sztucznych kataplazmów Lelièvrea, przykrytych papierem kauczukowym, batystem Billrotha, watą i twardą opaską; 63 przypadków najróżniejszych zapaleń ucha leczył autor zapomocą tej metody, a we wszystkich nastąpiło wyleczenie. W 14 przypadkach wystarczył już jednorazowy okład, w 34 przypadkach stosował go 2 razy, w 5 przypadkach 3 razy, w 2 przypadkach 4 razy, w 4 przypadkach 5 razy, u jednego chorego 6 razy, u innego znowu 13 razy.

19. Dr. J. Asler (Praga). **Sprawa zapalenia środkowego ucha w wieku dziecięcym.** Znany i zadziwiający jest fakt, że przy sekcyach noworodków i osesków w ogromnej większości przypadków znajdujemy wypocinę w uchu środkowem. Autor badał w tym kierunku 14 zwłok dzieci, z których najmłodsze miało 20 godzin, najstarsze cztery lata. Zapalenie ucha środkowego stwierdził w 77·5%. Makroskopowo i histologicznie wypocina ta nie różniła się od wypociny podobnej u ludzi starszych; bakteryologicznie zaś znaleziono gronkowce i drożdże. Jadowitość pierwszego stwierdzono zapomocą doświadczeń na królikach.

20. Prof. J. Schöbl (Praga). **O nowotworach mięszanych.** Pewne nowotwory według Schöbla (n. p. w oku), w których znajdujemy kilka rodzajów tkanek, t. zw. nowotwory mięszane, powstają nie w ten sposób, że już na samym początku znajdujemy wszystkie ich składniki, lecz zaczynają się, jako pojedyncze nowotwory histyoidne, n. p. mięsak, a w miarę tego, w jaką tkankę wnikają w dalszym ciągu, pobudzają tę nową tkankę również do bujania. W ten sposób tłomaczy Schöbl np. ogromny nowotwór oka u chłopca 5-letniego, który określa jako *glio-fibro-sarco-myo-angio-carcinoma papilliferum*.

21. Prof. J. Schöbl (Praga). **O teoryi kryptoglejaków.** Pod nazwą krytroglejaka rozumie Schöbl chorobliwy stan oka, w którym rzeczywiście rozwija się glejak, przyczem jednak sprawa ta zakryta jest dla oka klinicysty przez inne jakieś objawy. Zaś glejakiem rzekomym nazywa szereg objawów charakterystycznych dla glejaka, spowodowanych jednak innemi zmianami oka. W jednym i w drugim razie chodzi więc o pomyłkę rozpoznawczą, a w nowszych czasach oba te rozpoznania stają się coraz to rzadsze. I tak opisuje Sch. kryptoglejaka u dziecka 20-mies., u którego rozpoznano gruźlicę komory przedniej, gdzie jednak dalszy przebieg wykazał, że oprócz tego istnieje i glejak. W drugim przypadku u dziewczynki 3-letniej w samym początku rozpoznał autor glejaka; lecz ciężki obraz zapalenia ciałek rzęskowych i tęczówki, który następnie rozwinął się w oku zajętem, zakrył pierwotną chorobę tak, że inny specyalista nie chciał przypuścić nawet możności glejaka, a dopiero sekcya sprawdziła pierwotne rozpoznanie. Taka sprawa zapalna doprowadza czasami do zupełnego rozpadu samego nowotworu, a według autora nie jest wykluczona możliwość, że gdyby to nastąpiło w okresie, gdy jeszcze niema w oku guzków następowych, glejaka można by było w ten sposób wygoić.

22. Prof. J. Deyl (Praga). **Rzadsze rozpoznania tarczy zastoinowej.** W przebiegu przewlekłego zapalenia nerek (*atrophia granularis*) nieraz wytwarza się tarcza zastoinowa, podobnie jak i w przypadkach nowotworów mózgowych. W takich razach może się zdarzyć, że i inne objawy (nawet białkomocz) nie pozwalają na ścisłe odróżnienie. Deyl podaje charakterystyczny dla zapaleń nerkowych objaw następujący: w zapaleniu nerek już w samych początkach istnieje miażdżyca tętnic siatkówki i tarczy. Jeżeli więc podczas badania wziernikiem przez pociśnięcie palcem staramy się sztucznie wywołać tętnienie w tych naczyniach, to tętnienie to w nich wcale nie występuje.

Przyczyną tarczy zastoinowej przy *atroph. gran. renum*, według D., jest wybroczyna do opony twardej nerwu wzrokowego, wskutek której żyła środkowa siatkówki, przechodząca przez tę osłonkę do środka nerwu, ulega zagięciu i uciskowi; następstwem zaś tego jest zastój krwi.

Docent Chalupecký (Praga). **O stosunku między stanem oka w nerwicy urazowej, a w drażnieniu sympatycznem.** W ostatnich czasach (Pfalz, 1900) kilka razy zwracano uwagę na to, że do spraw sympatycznych zaliczamy stany, któreby raczej należało uważać za nerwicę urazową. Autor przytacza 9 przypadków, z których trzy rzeczywiście były niedowidzeniem sympatycznem (*amblyopia sympathica*) (z powodu ciał obcych), 3 zaś — stanowczo nerwicami urazowemi (objawy sympatyczne trwały przez kilka lat, mimo że oko zranione wyłuszczono, a oprócz tego były i ogólne objawy nerwicy); jeden przypadek wprost należało przyjąć za historyę urazową. (Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 10 października.

* W myśl ostatniej woli, spisanej dnia 27 listopada 1895 roku przez nieżyjącego już dziś Alfreda Nobla, inżyniera szwedzkiego i Dra filozofii, odsetki od 42 milionów franków, stanowiących spuściznę po zmarłym, zostały przekazane na nagrody za najdonioślejsze wynalazki i najlepsze prace z pięciu następujących działów: 1) fizyki, 2) chemii, 3) fizyologii i medycyny, 4) literatury pięknej, oraz 5) dzieła zbratania się ludów, rozwiązania lub przynajmniej zmniejszenia wojsk stałych, oraz zwoływania kongresów pokoju.

Według statutu organicznego, regulującego działalność »Fundacyi Nobla«, instytucyę tę stanowią: 1) organa przyznające nagrody i 2) organa przedstawiające do nagrody. Do składu areopagu, który ma przedstawiać do nagrody, statut corocznie powołuje sześć Uniwersytetów, w osobach profesorów, wybranych przez »Komitet Nobla«, do których imiennie wysyła odezwę, wzywającą do należycie umotywowanego przedstawienia kandydatów do nagród.

W celu nadania nagrody Nobla w roku 1902 zawezwani zostali z Uniwersytetu Jagiel. prof. Tadeusz Browicz i prof. Maciej Jakubowski (z działu: fizyologii i medycyny), oraz prof. Aleksander Stopczański (z chemii).

Wytyczne punkta statutu »Fundacyi Nobla« są następujące: 1) organ. przyznający nagrody, uwzględni te tylko przedstawienia do nagród, które otrzyma przed 1 lutego w ciągu roku bezpośrednio poprzedzającego 2) Tylko te prace mogą ubiegać się o nagrodę, które już zostały ogłoszone drukiem. 3) Podania ubiegających się o nagrodę, skierowane do organów przyznających nagrody, a nie do organów przedstawiających, pozostaną bez skutku. 4) Ogłoszenie nazwisk autorów nagrodzonych następuje corocznie w dniu śmierci testatora, t. j. 10 grudnia. 5) W razie równorzędności praw do nagrody dwóch kandydatów może ona być podzielona na dwie, w równej mierze.

* »Przegląd felczerski«, — dwutygodnik, — zaczął wychodzić w Warszawie od dnia 1 b. m., pod redakcyą Dra Radziszewskiego. Pierwszy zeszyt obfituje w poważną treść i wydany starannie. Nowemu wydawnictwu szczerze życzymy powodzenia.

* Z powodu pojawienia się moru w Neapolu wydało austryackie ministerstwo spraw wewnętrznych zarządzenie do poszczególnych władz krajowych, ażeby, działając w porozumieniu z zarządami kolei żelaznych, czuwały nad podróżnymi, zwłaszcza przybywającymi z Neapolu, a w razie przypadku podejrzanego, zawiadamiały najkrótszą drogą ministeryum spraw wewnętrznych.

* Program uroczystego obchodu 80-tej rocznicy urodzin Virchowa jest następujący: uroczystość odbędzie się dnia 12 b. m. t. j.

w przeddzień dnia urodzin, który jubilat pragnie spędzić na łonie rodziny. W południe odbędzie się zwiedzanie nowych zbiorów anatomo-patologicznych im. Virchowa, na które jubilat zaprosi osobnymi biletami. O godzinie 6-tej nastąpi obiad w uroczystościowej sali pruskiej izby deputowanych, na który proszeni będą: rodzina Virchowa, najbliżsi przyjaciele i zagraniczni delegaci, a zaraz potem, o godzinie $8^{1}/_{2}$, uroczyste zgromadzenie w wielkiej sali posiedzeń wspomnianej Izby deputowanych, pod przewodnictwem Waldeyera. Kolejność przemówień zostanie uporządkowana w przeddzień uroczystości. Wstęp na salę za biletami, po które zgłaszać się należy do prof. Posnera *(Berlin, SW., Anhaltstrasse 7)*. Damy również mogą wziąść udział w tem zgromadzeniu i w tym celu zastrzeżono dla nich kilka trybun.

* Rząd rosyjski wydał rozporządzenie, ażeby przy przewożeniu kolejami osób chorych na umyśle, pokąsanych przez psy wściekłe i trędowatych, zarządy dróg żelaznych wymagały świadectw lekarskich, według orzeczenia których mają być użyte wagony, przeznaczone specyalnie do przewożenia takich podróżnych, i nad nimi rozciągnięty stosowny nadzór.

* W Arbois wystawiono pomnik dla Pasteura. Przy odsłonięciu przemawiał minister dla kolonij, Decrais, który oświadczył, że zamierzył z Instytutu Pasteurowskiego wysłać Komisyę do Brazylii, w celu badania żółtej febry.

* Podczas ostatniego Zjazdu lekarzy niemieckich w Hamburgu obradował »Wolny związek lekarskiej prasy niemieckiej«. Ewald wygłosił referat »O prawie repliki i dupliki w prasie lekarskiej«, a Eulenburg »O wprowadzeniu i ocenianiu nowych leków przez prasę lekarską«. Przy omawianiu tych referatów powzięto szereg ważnych rezolucyj. Na przyszłe zgromadzenie wybrano Wiedeń.

* Akademia Umiejętności w Berlinie, oraz duńska Akademia w Kopenhadze, postanowiły zebrać cały materyał literacki medycyny starożytnej pod tytułem: »Corpus veterum medicorum«. W tym celu wybrano Komisyę, którą czeka ciężka praca przeszukania wszystkich bibliotek wschodu i zachodu, które posiadają greckie rękopisy.

Mianowania i odznaczenia. Nadzwyczajny prof. Bonhoff mian. został prof. zwyczajnym higieny w Marburgu. Dr. Simmens mian. prof. nadzwyczajnym anatomii w Brooklynie. Dr. Blake Baldwin mianowany prof. dermatologii w Chicago.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Jerzy Jabłonowski, pierwszy asystent i kustosz anatomiczno-biologicznego Instytutu w Berlinie, licząc lat 43. Dr. Markoe, prof chirurgii, zmarł w Nowym Jorku, w 82 roku życia. Dr. Lavrence, prof. położnictwa, zmarł w Bristolu, licząc lat 53.

Bibliografia:

— Dr. Lamberg: **Die erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen.** Autor przez długi szereg lat był lekarzem Towarz. ratunkowego w Wiedniu. W książce tej bogaty nabytek swego doświadczenia zestawił zwięźle, pouczająco i przejrzyście. Treść tego dziełka wyszła również w postaci obszernej tablicy ściennej tak, ażeby mogła być zawieszoną w szkołach, teatrach i innych lokalach publicznych i służyć do pouczenia laików, jak należy dać pierwszą pomoc w wypadkach, zanim przybędzie lekarz.

— *Gazety lekarskiej* Nr. 39 i 40 — nie otrzymaliśmy.

— *Medycyna* Nr. 40. Flatau i Koelichen: O stwardnieniu rozsianem, przebiegającem pod postacią zapalenia rdzenia pacierzowego (c. d.). Lachs: Ginekologia u Celsusa. Przyczynek do historyi ginekologii. (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 18. Neugebauer: Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie. (c. d). Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 1. Radziszewski: Słowo wstępne. R.: Szczepienie ochronne krowianki. Cetnarowicz: Zapalenie ropne oczu u noworodków i zapobieganie jego powstawaniu. Duńczyk. W kwestyi felczerskiej. R.: Kilka słów o postępowaniu w czasach przedantyseptycznych. Stasiński: O cewnikowaniu. R.: Wiadomości z bakteryologii. R.: Rozpoznawanie ciąży.

— *Zdrowie* Z. 10. Barszczewski: Wpływ gorsetów na ustrój kobiecy w świetle badań promieniami Röntgena. Danielewicz: Śmiertelność dzieci warszawskich w pierwszym roku życia. Malewski: Przyczynek do klimatologii i zdrowotności Nałęczowa i jego okolic.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 40. Cumpelik: Příspěvek k symptomatologii delirium trementis. (dok.). Semerád: Pokus sebevraždy směsi dvojchromanu a ferrokyanidu draselnatého. Smrt otravou chromovou.

— *La Presse médicale* Nr. 79. Roger: Ospa w Paryżu, statystyka pierwszego półrocza 1901 r. — Vidal: W sprawie cytodyagnostyki. Grosti: Jeden szczegół, odnoszący się do operacyi Bassiniego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 40. Türk: Przyczynek do rozpoznawania zrostów osierdzia i wady zastawki trójkończystej. Donath: Przyczynek do nauki o amuzyi (brak zmysłu muzykalnego), oraz opis przypadku amuzyi instrumentalnej przy poczynającem się porażeniu postępowem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 40. Grohé: Znaczenie włókien sprężystych w sprawach patologicznych, zwłaszcza odrodczych. Schiller: Przypadek zgrubienia kości czaszkowej pod postacią guza. Hölscher: Przypadek chirurgicznie wyleczonego ropnia w płacie skroniowym mózgu, powstałego wskutek ropnego zapalenia ucha środkowego. Klebs: *Diplococcus semilunaris* towarzysz gruźlicy. Marx: Przypadek cięcia cesarskiego, spowodowanego rozmiękczeniem kości miednicznych. Gross: Przypadek ciała obcego w nosie. Goldschmidt: Przypadek białaczki rzekomej, przebiegającej z gorączką przepuszczającą i jednoczesną moczówką cukrową. Peters: Z praktyki wiejskiej. Emmerich: Porównawcze doświadczenia z różnymi systemami do wziewań. Marcuse: Przyczynek do medycyny średniowiecznej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 40. Schultze: Przyczynek do leczenia wąglika. Krebs: Pocenie się w szafkach z światłem elektrycznem, oraz w szafkach ogrzanych powietrzem gorącem. Stein: Wytwarzanie protezy przez podskórne wstrzykiwanie parafiny (dok). Voss: O osobliwej postaci dusznicy bolesnej. Oeder: Jak długo żyć może człowiek chory na cukrzycę, jeśli do choroby tej przystąpi gruźlica płucna?

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 40. Ascoli i de Grazia Stosunek pośrednich produktów rozkładu białka w moczu *(Eiweisschlacken)*. Bloch i Hirschfeld: O białych ciałkach krwi we krwi i w szpiku kostnym w Biermerowskiej niedokrewności postępowej. Hirschfeld: Czy limfocyty są zdolne do ruchów pełzakowych? Hellin: O zapadaniu się płuc w odmie piersiowej, oraz uwagi o wypełnianiu się płuca powietrzem i o odmie piersiowej obustronnej. Leclercq: O wydzielaniu się kwasu siarkowego związanego przy stałem pożywieniu pod wpływem wody i soli karlsbadzkiej, oraz wody i piwa.

Redakcya otrzymała: Dłuski: O sanatoryach. Browicz: O pochodzeniu substancyi skrobiowatej.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 16 października, o godzinie 6-tej wieczorem, w ***sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Dr. Gliński demonstrować będzie okazy anatomiczno-patologiczne; 2) kol. Dr. Droba wyłoży rzecz p. t. „Pasorzyt gruźliczy i jego właściwe miejsce w systemie pleśni“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.